Aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses
der Stadt Augsburg,
Direktor: Prof. Dr. Haecker.

Lane Medical Library

Ein Beitrag zum Abschnitt: Kieferverletzungen.

Erfahrungen bei 73 Verletzten der chirurgischen Abteilung des Augsburger städtischen Krankenhauses.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Helmut Sauter

Zahnarzt aus München.

Würzburg 1935.
Buchdruckerei Richard Mayr.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Prof. Dr. Haecker.

Meiner lieben Mutter zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153312_0010

Zu Beginn meiner Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. Haecker für die Ueberlassung des Materials und ihm, wie Herrn Dr. Link, für ihre wertvolle Anleitung, sowie ersterem für die Uebernahme des Referats meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Beim Ueberblicken der Fälle von Kieferverletzten der Jahre 1922 bis 1934 aus dem Augsburger Krankenhaus fällt eine rapide Steigerung der Zahl seit dem Jahre 1927 und besonders 1928 auf. Es steht dies klar im Zusammenhang mit der Vermehrung der Verkehrsunfälle. Früher waren ja in der Stadt hauptsächlich Betriebsunfälle die Ursache für Kieferverletzungen, während es bei der Landbevölkerung hauptsächlich die Hufschläge waren. Diese Erhöhung der Verkehrs-, aber auch der Betriebsunfälle haben besondere Bedeutung, nicht nur weil wertvollstes Volksgut, meist kräftige gesunde junge Männer betroffen werden, sondern sie bedeutet auch eine erhöhte Belastung des Volksvermögens. Gibt es doch genügend Verletzte, die wenn auch nur zeitlich begrenzt, zu Rentenempfängern werden.

Im Folgenden habe ich es unternommen, das einschlägige Beobachtungsgut von Kieferverletzten der chirurgischen Abteilung des Augsburger Krankenhauses anhand der Unfallaufzeichnungen eingehend zu sichten. Es handelt sich im ganzen um 73 Fälle, deren wichtigste Daten kurz wiedergegeben seien.

1. Schwarz Franz, geb. 3. III. 1900. Schlosser.

Eingeliefert am 10. Mai 1922.

Hiebverletzung des Kinns, Schrecklähmung der Sprache.
Patient teilt schriftlich mit, ein Balken habe ihn gegen das Kinn geschlagen. In der regio submentalis und unter der Unterlippe je eine 2 cm lange oberflächliche Schnitt- bezw. Hiebwunde. Unterkiefer schmerzhaft, keine Fraktur, Gelenkbewegung normal. Der 2. Schneidezahn l. u. abgebrochen. Für die Sprachlähmung findet sich kein organischer Befund.
Behandlung: Verband. 11. Mai 1922. Sprache vollkommen zurückgekehrt. In kassenärztlicher Behandlung entlassen.

2. Dreittinger Anton, geb. 23. 5. 88, Schaffner im Bremsdienst.

Eingeliefert 25. Juli 1922.

Zertrümmerung der rechten Gesichtshälfte. Er geriet zwischen die Puffer zweier Wagen.

Voll bei Besinnung, Sprache kaum verständlich, Notverband stark durchgeblutet. Rechte Gesichtshälfte, Nase, Unterkiefergegend stark geschwollen.

Ueber die rechte Stirne und rechtes ob. Augenlid zieht sich eine klaffende Quetschwunde, die einen hufeisenförmigen Weichteillappen ausgerissen hat, der mit breiter Basis in der Schläfengegend mit der übrigen Kopfschwarte zusammenhängt. Defekt der äuß. Hälfte des r. arcus supercil. Von hier gelangt man in eine Trümmerhöhle von r. Orbita in Kieferhöhle und Nasenhöhle. Sehvermögen erhalten. Am Kinn ist die mandibula frakturiert, tiefgreifende Wunde, aus dem r. Ohr fließt langsam etwas dunkles Blut, stärker aus der Nase.
Behandlung: Ausschneidung der gequetschten Weichteile, Fixierung eines Stückes der knöchernen Nase. Nähte und Tampons in der großen Höhle, Drain in d. r. Nasengang, Tampon des linken Nasenloches, Naht der Kinnwunde, Verband; Kampfer. Patient erbricht braunrotes Blut u. Speisereste.
26. 7. Orbitalhaematom. Schluckbeschwerden. Gesichtsoedem. Stimme etwas freier. Artikulation schlecht. Aus dem r. Ohr Liquor. 28. 7. Rote Verfärbung und Schwellung der r. Gesichtshälfte, d. r. Hals- u. Brustseite. Fieber.
1. 8. Im Chloräthylrausch Gegenincision in der Nähe des r. Mundwinkels. Drain.
2. 8. Rückgang der Temperatur, Rötung u. Schwellung vermindert. A. d. rechten Ohr dünnflüss. Eiter.
4. 8. Schwellung u. Rötung noch auf d. r. Gesichts- u. Halsseite. In der Nähe d. U.K.Winkels in der Tiefe Fluktuation. Incision: viel Eiter. Drainage.
11. 8. Zahnärztl. Untersuchung (Dr. Fischer): Unterkiefer mit median frakturiert. Wegen Mangels an Zähnen keine Schienung. Chirurg. Behandlung in Aussicht genommen nach Ablauf der akut. Infektions-Erscheinung. Oberkiefer im Ganzen von der Schädelbasis abgelöst. Reposition z. Zt. nicht indiziert.
18. 8. Geringe Sekretion aus den beiden Incisions-Oeffnungen a. d. r. Wange. Die Gummi-Drains werden durch Gace-Streifen ersetzt. Schwellung zurückgegangen. Starker Kallus i. d. Gegend des Jochbogens.
30. 8. Incisionswunden in Heilung, ist außer Bett.
4. 9. Wunden verheilt. R. Gesichtshälfte erscheint etwas nach unten verschoben. R. proc. alv. sup. steht tiefer als der linke, Zähne fehlen zum Teil. U.K. ebenfalls verschoben.
7. 9. Gebessert entlassen. Ueberweisung a. Prof. Schneider München.

3. Kast Karl, geb. 6. 12. 08, Oekonomensohn, eingel. 21. 7. 1923, O.K.-Verletzung durch Hornstoß.
Befund: R. Wangenseite leicht geschwollen. Unterhalb des Proz. zygomatikus Wangenschlitzwunde. O.K.Höhle völlig eingeschlagen. In der Tiefe Knochensplitter. O.K.Fortsatz frakt. zw. re. o. Eckzahn und 1. Prämolar.
Behandlg.: In Lokalanästhesie: Excision der Wundränder, Entfernung der Knochensplitter, Drainage der Kieferhöhle von der Umschlagsfalte aus. Hautnähte.
24. 7. Entfernung des Drains, geringe Eiterung aus der O.Kieferhöhlenwunde.
28. 7. Drahtschiene durch Zahnarzt angelegt.
30. 7. Entlassung in ambulante Behandlung.

4. Wurm Georg, geb. 21. 9. 89, Fuhrmann, eingel. 31. 7. 1923. Commotio cer., Weichteilverletzungen am Kopf und Oberkiefer-Fraktur.
Von einem Wagen gestürzt, wobei ihm ein Rad über den Kopf ging.
Befund: Sensorium nicht getrübt, aber retrograde Amnesie. An der li. Kopfseite 8 cm lange klaffende stark verunreinigte Weichteilwunde, Knochen liegt frei. Hautabschürfungen an der Stirne. Nase geschwollen, an d. rechten Nasenseite erbsengroße anscheinend in die Tiefe gehende Wunde, beide Nasenöffnungen mit Blut verklebt. O.K. beweglich. crepitation i. d. Gegend dr li. Oberkieferhöhle. 1. Molar links oben abgesprengt.
Behandlung: In Lokalanästhesie (Prof. Haecker) Excision der Wundränder, das aufgefaserte Periost wird abgetragen u. der freiliegende verschmutzte Knochen oberfl. mit Hohlmeisel abgetragen. Naht u. Gummidrain. Zwei Jodoformgacestreifen in die Nase.
2. 8. Kopfschmerzen, Nahrungsaufnahme mittels Trinkröhrchen macht keine Beschwerden.
3. 8. Hinter dem linken oberen Weisheitszahn auf Druck Eiterentleerung. Angina.
6. 8. Entfernung der Fäden, hinter dem Weisheitszahn keine Eiterentleerung mehr.
13. 8. Verbandwechsel: Kopfwunde abgeheilt.
16. 8. O.K. noch etwas beweglich. Links Crepitation.
17. 8. Schienung durch Zahnarzt Dr. Fischer.
23. 8. Patient steht auf, allgemeines Befindensehrgut.
27. 8. Arbeitsunfähig in amb. zahnärztl. Behandlung entlassen.

5. Gümbel Josef, geb. 24. 2. 83, Montagegehilfe, eingel. 21. 2. 24, wegen Vorderarm-, Rippen-, Unterkiefer-Fraktur. Hergang des Unfalls unbekannt. Patient kommt in benommenem Zustand mit Schwellung des Gesichts und vor allem des Unterkiefers, reagiert auf Anruf, stöhnt bei geringster Berührung. Unterkiefer ist zurückgesunken, links der Mittellinie abnorm beweglich. Beide Unterkieferhälften sitzen auffallend lose in den Gelenken, doch scheint bei genauer Untersuchung an den aufsteigenden Aesten keine Fraktur zu sein. Unter dem Kinn links eine 5 cm lange Rißwunde, die bis auf den Knochen reicht, der hier schräg frakturiert ist. Die Schleimhaut auf der Mundseite ist über der entsprechenden Stelle durchstoßen.
Thorax: ...
Arm: ...
Behandlung: Am Unterkiefer Knochennaht nach guter Adaptierung der Bruchstücke. Die Frakturenden werden zweimal mit je einem Silberdraht zusammengenäht. Darüber Schleimhautnaht, Hautnaht. Einlage eines mit Peru-Balsam getränkten Streifens.
25. 2. Leichte Temp.Steigerung inf. Bronchitis. Die Unterk.Fraktur steht gut. Naht hält. Der Zahnarzt hält die Naht z. Zt. für das Gegegebene.
5. 3. Unterk. hält gut. Ganz geringe Seitwärts-Verschiebung nach rechts. Reichl. Secretion aus den Wundfisteln.

16. 3. Befinden gut. Rippenschmerzen lassen nach. Eiterung der Kieferwunde reichlich.

18. 3. Eiterung der Kieferwunde geht zurück. Befinden gut.

25. 3. Aus der U.K.Fistel immer noch geringe Secretion. Unterkiefer etwas zurückgesunken.

31. 3. Patient für 3. 4. zum Zahnarzt bestellt.

16. 4. Entlassen in zahnärztl. Behandlg. Am Unterkiefer aus einer Fistel noch stets eitriges Sekret.

Gutachten. Befund am 5. 6. 24. a) subjektive Beschwerden:

1. Patient kann nicht richtig kauen wegen Schmerzen a. d. Bruchstelle des U.K. Kann nur flüssige od. breiartige Speisen zu sich nehmen. Sprache sei behindert, da er die Lippen nicht richtig schließen kann. U.K.Fistel sezerniert noch gering.
2. Andauerndes Druckgefühl im Hinterkopf, besonders abends, ebenso bei jeder körperlichen Anstrengung.
3. Pelziges Gefühl an den Wangen, bes. rechts.
4. Anfälle von Bewußtlosigkeit (bis jetzt 3 mal), (20. 4., 7. 5., 21. 5.). Der Anfall wird durch nichts besonderes ausgelöst. Dauert 5—6 Minuten. Patient weiß angeblich hinterher nichts mehr und erfährt nur durch seine Umgebung von seinen Anfällen. Auf die Zunge gebissen und unter sich gelassen hat er noch nie. Soll auch nicht um sich schlagen während der Anfälle. Nach dem Anfall sofort munter.
5. Schmerzen in linker Brustseite.
6. In höherem Grade herabgeminderte Kraft in der linken Hand als vor dem Unfall.

b) Objektiv ist feststellbar:

1. U.K. nach links verschoben. Rechter Ast steht höher als der linke. Mund stark verzogen. Lippenschluß ohne besondere Anstrengung nicht möglich. Gebiß schließt schlecht. An der Außenseite des U.K. eingezogene Fistel mit geringer Sekretion. Im Mund vom Zahnarzt angelegte Schienen zur Behebung der Dislokation. Im O.K. fehlen: 1, 2, 4, 8 links, 8 rechts, im U.K. fehlen: 1, 7 rechts und 1, 2, 4, 7, 8 links. Sprache undeutlich, aber verständlich, Bildung von Zischlauten besonders behindert. Rö.A.: Schlechte Kallus-Bildung und ziemliche Verschiebung der Bruchenden. Die Silberdrahtnaht liegt gut.
2. Hinterkopf bis zum Haarwirbel stark klopfempfindlich. Sonst keine Zeichen für raumbeengende Erkrankung im Schädelinnenraum.
3. Die Haut ist in etwa Fünfmarkstück-großem Umfang oberhalb des os zygomatikum auf der rechten Seite vollkommen, auf der linken zum Teil unempfindlich.
4. Hier wurde kein Anfall beobachtet. Keine psychischen Veränderungen festgestellt.

5. Gute Kallusbildung an den gebrochenen Rippen. Knochenverdickung fühlbar. Keine abnorme Beweglichkeit. Rö.A. Lunge frei.
6. Das linke Handgelenk ist bajonettförmig abgeknickt, nach radial und volar. Zweiter bis fünfter Finger können weder aktiv noch passiv bewegt werden. Stark atrophisch. Bewegungsmöglichkeit des Daumens herabgesetzt. Bewegung im Handgelenk etwa im halben Ausmaß einer gesunden Hand möglich. Hand u. Unterarm lappenplastik sichtbar. Rö.A. Fraktur des Radius etwa in Höhe der Epiphysenlinie unter guter Kallusbildung verheilt. Die rohe Kraft der linken Hand bedeutend herabgesetzt, die des Armes erhalten. Beurteilung:

1. Die Veränderungen im Bereiche des Mundes u. Unterkiefers sind auf den Unfall zurückzuführen. Sie bedeuten schwere Schädigung der Ernährung, die zwar ausreicht, aber nur umständlich durchgeführt werden kann. Wesentlich ist der Verlust der 12 Zähne, von denen 7 inf. des Unfalles verloren gingen und der schlechte Zahnschluß inf. der noch bestehenden Fraktur bezw. schlechten Stellung des Unterkiefers. Ein Festwerden der Fraktur ist vorläufig nicht zu erwarten, kann aber unter Umständen nach Ausheilung der Fistel durch eine neue operative Vereinigung der Knochen versucht werden. Erschwerend ist die Behinderung der Sprache und die Entstellung des Gesichtes.
2. Die Kopfschmerzen sind mit großer Wahrscheinlichkeit auf den Unfall und die Gehirnerschütterung zu beziehen. In ihrem jetzigen Ausmaß stellen sie eine ziemliche Beeinträchtigung der Arbeitskraft dar.
3. Die Empfindungsstörung der Gesichtshaut beruht auf einer Schädigung des nervus trigeminus. Sie ist sehr wahrscheinlich eine Unfallfolge, schädigt jedoch die Arbeitskraft in nicht nennenswerter Weise.
4. Die Anfälle sind epileptiformer Natur. Solche werden nach Gehirnerschütterungen u. Kopfverletzungen häufig beobachtet, sind also auch hier mit großer Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Sie können an Häufigkeit und Schwere zunehmen, doch besteht auch die Möglichkeit, daß sie vollkommen fernbleiben. Z. Zt. ist der Patient durch sie untauglich zur Arbeit an Maschinen, i. d. Nähe von Wasser u. dergl.
5. Die Rippenfraktur ist Anfallfolge, ist jedoch gut verheilt. Es ist damit zu rechnen, daß die noch bestehende Schmerzhaftigkeit vollends verschwindet. Eine Schädigung der Erwerbskraft durch sie liegt kaum vor.
6. Schon vor diesem Unfall hatte Patient eine Schädigung der linken Hand davongetragen (1912), wofür er 50% Rente bezog. Durch den jetzigen Unfall zog er sich einen erneuten Bruch des linken Unterarms zu und seine Angabe, daß die Hand nunmehr noch weniger gebrauchsfähig sei als vorher, verdient ohne weiteres Glauben.
   Ich halted en Patienten für 85—90% erwerbsunfähig.
   Gutachten vom 7. 8. 24.
   Subjektive Klagen:

1. Patient kann auch jetzt noch nur leicht zu kauende Speisen essen. Der Lippenschluß habe sich etwas gebessert. Die Fistel am Unterkiefer, die vor wenigen Wochen von selbst wieder aufgebrochen ist und geringe Mengen Flüssigkeit ausgeschieden hat, ist z. Zt. wieder geschlossen.
2. Die Kopfschmerzen seien angeblich die gleichen geblieben.
3. wie früher.
4. Am 20. 7. erneuter Anfall von Schwindelgefühl, Hitze im Kopf, es wird dem Pat. schwarz vor den Augen, er weiß 5—6 Minuten nichts mehr von sich; nach dem Anfall seien die Kopfschmerzen besonders stark, doch ist Pat. nachher klar und nicht benommen.
5. wie früher.
6. wie früher.
   Objektiver Befund:

1. Wie früher. Lippenschluß etwas besser geworden, doch kann der Mund noch nicht ohne besondere Anstrengung geschlossen werden. Das Gebiß schließt schlecht. Die Fistel am U. K. geschlossen und mit leichtem Schorf bedeckt. Ob dieser Schluß ein definitiver ist, läßt sich z. Zt. nicht mit Sicherheit sagen. Kein Federn des U. K.-Knochens an der Bruchstelle mehr festzustellen.
2.
3.
4. unverändert wie am 10. 6. 1924.
5.
6.

Auf Grund des Befundes läßt sich ein Gutachten dahingehend abgeben: In dem Zustandsbild des Kranken hat sich seit dem 10. 6. nichts Wesentliches geändert.

Die Ohnmachtsanfälle, die stetigen Kopfschmerzen beeinträchtigen ein Arbeiten des Patienten in erheblichem Maße. Patient versuchte angeblich in den letzten Wochen zu wiederholten Malen bei seinem Bruder leichte landwirtschaftliche Arbeiten zu verrichten, was ihm inf. der sofort beim Bücken eintretenden Kopfschmerzen, Hitze und Schwindelgefühl unmöglich war. Die Beschwerden über die Patient jetzt klagt, scheinen bei der vorausgegangenen schweren Verletzung als glaubhaft. Wie die Erfahrung zeigt, stehen nach Kopfverletzungen nervöse Erscheinungen, Schwindelanfälle und Aehnl. im Vordergrund des Krankheitsbildes.

Die Ernährung ist ebenfalls infolge der schlechten Kautätigkeit herabgesetzt, was die Arbeitsfähigkeit ebenfalls stark vermindert. Nach Angaben des Zahnarztes dürfte etwa in 3 Wochen die Anlegung einer weiteren Parathese in Frage kommen. Es empfiehlt sich von dem Zahnarzt ein Gutachten über die aus der Kieferverletzung resultierenden Folgen einzufordern.

Wir schätzen die Herabsetzung der Erwerbsunfähigkeit heute auf 70%.

6. Bröll Joseph, geb 12. X. 10, Landwirtssohn, eingeliefert am 12. 6. 1924, Unterkiefereiterung.

Patient fiel anfangs Juni 1924 mit dem Unterkiefer während der Arbeit gegen Holzkante. Sofort heftiger Schmerz im U.K. Angeblich starke Blutung aus dem Munde. Ausspülen mit Wasser. Arzt wurde nicht aufgesucht. Einige Tage nachher starker übler Geruch aus dem Munde.

Lokalbefund: Am 12. 6. 1924 parallel zur unteren Zahnreihe im vorderen Mundgewölbe 3 cm lange, bis auf den Knochen gehende Wunde. Der Geschwürsgrund ist schmierig belegt und scheidet eitrige Flüssigkeit ab. Stinkender Geruch aus dem Munde.

Rö.A.: Kein Bruch, Kein Sequester.

Heilverlauf: Nach tägl. Spülen mit Wasserstoff-Superoxyd und Kalium permanganat ist die Wunde nach wenigen Tagen wesentlich kleiner. Nur mehr geringe eitrige Sekretion.

Am 23. 6. 24 Wunde nur noch ein Drittel der ursprünglichen Größe, keine eitrige Sekretion mehr.

Patient auf Wunsch nach Hause zum Arzt entlassen.

Befund am 9. X. 1924:

a) Subjektiv: kann ohne Beschwerden Speisen zu sich nehmen und fühlt sich vollkommen beschwerdefrei.

b) objektiv: Am U. K. etwa 1 cm unterhalb der Zahnreihe eine ca. 3 cm lange, gut verheilte, parallel zur Zahnreihe verlaufende, auf der Unterlage nicht verschiebliche, reaktionslose Narbe. Zähne fest, Narbe nirgends schmerz- und druckempfindlich. Die regionären Lymphdrüsen o. B. Keine abnorme Stellung des U.K. Völlige Erwerbsfähigkeit.

7. MayerWilh., geb. 10. 7. 08, Dreherlehrling, eingeliefert am 7. Juli 1925, bewußtlos.

Verletzung am U. K., commotio cer. U.K. Fraktur.

Mit dem Rade mit einem Fuhrwerk zusammengestoßen, als er der Trambahn ausweichen wollte.

Befund: Blaß, mittelkräftig, Bewußtlos. Am Kinn nagelkopfgroße blutende Hautwunde. U.K. abnorme Beweglichkeit und Kontinuitätsunterbrechung 2 cm rechts von der Mittellinie. U.K. Fraktur. Geringe Schleimhautblutung. Keine Blutung aus Nase oder Ohren. Im Gesicht leichte Hautschürfungen. Behandlung: Jodtupfer am Kinn.

Tetanusantitoxininjektion. Bettruhe.

17. 7. Anlegen einer Prothese.

30. 7. Steht auf, am li. U.K. eine Fistel, die dauernd sezerniert.

10. 8. Status idem. Tägl. Verband. In zahnärztl. Behandlung von Dr. Fischer.

20. 8. Fistel vorübergehend geschlossen.

31. 8. Fistel wieder geöffnet. Auf Wunsch in zahnärztl. Behandlung entlassen.

8. Plapperer Michael, geb. 12. 10. 74, Landwirt, eingeliefert 22. 2. 1926. U.K. Bruch.

Vorgeschichte:

Am 2. 1. von einer Wagendeichsel zweimal ins Gesicht getroffen und auf die Seite, einmal vor d. Ohr, dann neben die Nase. Fiel hin und wußte im ersten Moment nichts von sich. Kein Blut aus Nase, nur etwas seröse Flüssigkeit. Leicht blutende Hautschürfungen, die oberen linken Backenzähne ausgeschlagen.

Befund: Gesund, kräftig.

Linker U.K. Winkel leicht geschwollen, druckempfindlich. Ueber Naso — Labial Alte Schwellung und Rötung. Backenzähne links oben fehlen.

Rö.A. ergibt Fraktur des U.K. li.; längsgestellte Bruchlinie ohne Dislokation.

Behandlung: Flüssige Kost.

1. 3. 26 Druckschmerz ist geringer.

3. 3. 26 Angina, Temp. 38°.

8. 3. 26 Angina abgeklungen, Temp. normal, Schienung beim Zahnarzt.

11. 3. 26 In zahnärztl. Behandlung entlassen.

9. Huber Joseph, geb. 25. 11. 65, Hilfsarbeiter, eingeliefert 3. 5. 26.

Kreissägeverletzung der Ober und Unterlippe.

Beim Bearbeiten eines Holzstückes von Kreissäge erfaßt und Ober- und Unterlippe entzwei geschnitten.

Befund: Guter Allgemeinzustand.

Schleimhäute gut durchblutet. Ober- und Unterlippe entzweigeschnitten, Wunde glattrandig, das Zahnfleisch des U.K. angeschnitten. Ganze Mundpartie ziemlich geschwollen. Sofortige Naht in Lokalanästhesie. Verband mit Airalpaste. Tetanusantitoxie.

7. 5. Schmerzen fast geschwunden. Allgemeines Befinden gut. Die unteren Schneidezähne vollkommen gelockert. Da Aussicht auf Festwerden, wird mit Entfernung zugewartet. Lippen sind noch stark geschwollen.

14. 5. Schwellung zurückgegangen, die Operationswunden abgeheilt und reaktionslos. Pat. steht auf. Da Zähne noch nicht fest, werden 2 untere Schneidezähne, die Pat. beim Beißen sehr behindern, gezogen.

22. 5. Mit zwei Wochen Schonung entlassen.

10. Breumeier Johann, geb. 26. 12. 1901, Zeitarbeiter, eingeliefert 16. 7. 1926. U.K. Fraktur.

Pat. kam unter ein Fahrrad und verletzte sich den U.K.

Rö.A. zeigt U.K. Fraktur.

17. 7. 1926. Auf eigenen Wunsch entlassen in zahnärztl. Behandlung.

11. Brandl Joseph, geb. 1. 11. 63, Nachtwächter, eingel. 18. 7. 1926.

Kopfschwartenverletzung, commotio cer. Kieferbruch (Angulus).

Vorgeschichte: Patient fiel in der Dunkelheit, als er Wasser holen wollte, durch eine offen gelassene Falltüre in einen Keller. ½—¾ Stunde be-

wußtlos liegen geblieben. Bewußtlos eingeliefert. Blutungen aus Hautverletzungen, starke Kopfschmerzen, besonders i. d. li. Kiefergegend.

Befund: Alter Mann, etwas reduzierter A.Z., blaß.

AmH interkopf 4 cm lange quere Wunde, Ränder zerfetzt, mäßige Blutung.

Am aufsteigenden Ast des lk. U.K. eine etwas über pflaumengroße teigige Anschwellung (Hämatom). Im Bereich dieser Anschwellung Druckschmerz und Crepitation. Beim Oeffnen und Schließen des Mundes an dieser Stelle Schmerzen.

Rö.A. Fraktur des lk. aufsteigenden U.K. Astes.

Behandlung: Versorgung der Kopfschwartenwunde: Excision der Wundränder, Joden, Naht. T.A.T.

lk. U.K. feuchte Umschläge, Eisblase.

23. 7. Hinterkopfwunde gute Heilungstendenz. Vor d. lk. aufsteigenden U.K. Ast immer noch eine auf Druck schmerzhafte starke Schwellung. Bewegungsfähigkeit d. U.K. stark eingeschränkt und schmerzhaft. Dauernd Temp. über 38°.

26. 7. Hinterkopf-Wunde p. p. verheilt. Fäden entfernt.

An der Schwellung der lk. Gesichtshälfte deutliche Fluktuation, sodaß ein vereitertes Hämatom angenommen werden muß, wodurch auch die Temp. Steigerung erklärt werden kann.

27. 7. Incision. Chloräthylrausch. Reichlich grünlich gelber Eiter entleert sich. Einbringen eines Streifens feuchter Verband.

29. 7. Temp. etwas abgefallen, abends 38°. Pat. fühlt sich besser.

3. 8. Temp. normal. Schwellung ziemlich zurückgegangen. Streifen entfernt. Kein Fieber mehr. Pat. steht auf.

7. 8. Immer noch mäßige Schwellung und Druckschmerzen am lk. U.K. Incisionsstelle granuliert gut zu. Pat. wird auf eigenen Wunsch mit feuchtem Verband in amb. Behandlung entlassen.

Gutachten vom 22. Juni 1929.

Klagt über anhaltende Kopfschmerzen, die bei Witterungswechsel und Hitze zunehmen. Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen. Beschwerden beim Kauen, sodaß er bisweilen den Mund nicht aufbringen kann. Seinen Dienst als Nachtwächter hat er nicht mehr aufnehmen können. Er sei invalidisiert.

66 jähriger Mann, vorgealtert aussehend, depressive Stimmung Narbe am Hinterkopf unverändert unverschieblich. Hinterhauptbein druck- und klopfempfindlich. Bei Augenendstellung Zittern der Augäpfel und Einsetzen von leichtem Schwanken. Bei Liedschluß Zittern und Schwanken des Verletzten. Austrittsstelle des unter dem linken unteren Augenrand austretenden Nerven druckempfindlich.

Auf der Außenseite des linken U.K. verschiebliche Narbe. Kieferschluß gut. U.K. kann genügend weit geöffnet werden.

Nervensystem, Psyche: Stark deprimiert, der 66 jährige Mann fängt gleich zu weinen an. Reflexe normal.

Eine wesentliche Besserung der Beschwerden ist nicht eingetreten. Keine Erhöhung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Hat keine Arbeit mehr aufnehmen können. Keine Schwielen oder Schrunden. Aussichten auf eine wesentliche Besserung sind gering.

Die 40% Erwerbsunfähigkeit dürfte wohl eine dauernde bleiben.

12. Rabl Joseph, geb 21. 1. 1909, Fabrikarbeiter, eingel. am 15. 10. 1926.

Hautschürfungen im Gesicht, Lippen-, Zungen-, Zahnfleisch- und Oberkieferverletzung.

Vorgeschichte: sprang heute abend auf ein Auto auf Beim Abspringen während der Fahrt stürzte er und verletzte sich am Kopf. Konnte zu Fuß nach Hause gehen. Vom Arzt sofort ins Krankenhaus eingeliefert.

Befund: Mittelgroß, kräftig.

Rechte Stirnseite 3 cm lange Hautwunde, schmutzig mit etwas zerfetzten Rändern. Nase, Stirn, Kinn oberflächliche Hautabschürfungen, beschmutzt. Ober- und Unterlippe ziemlich stark geschwollen. Starker Speichelfluß, blutig untermischt.

Mundhöhle: Ober- und Unterlippe median zwei sagittalverlaufende beschmutzte Rißwunden, O.K. Fortsatz stark zerfetzt; es fehlen 1, 2 links oben, 1 rechts oben, während Krone 2 rechts oben abgebrochen ist.

Zahnfleisch hängt in Fetzen weg, Alveolar-Fortsatz liegt frei und ist z. Tl. abgesprengt. Zunge zeigt rechts vorn sagittal verlaufend eine 3 cm lange stark blutende Wunde. Eine kleine Wunde auch an der Zungenunterfläche.

Innere Organe und Extremitäten o. B.

Behandlung: Sofortige Wundversorgung. Zuerst Reinigung, Revision und Naht der Kopfwunde, dann der Lippen- und Zungenwunden. Vorstehende Knochenstücke am Alveolarfortsatz des O.K. mit dem Hohlmeißel abgetragen. Zahnfleisch nicht genäht, da zu stark beschmutzt. Feuchter Verband auf die Kopfwunde, Borsalbe auf die Hautschürfungen. Mundspülen T.A.T.

18. 10. 26. Wunden gute Erholungstendenz. Noch mäßige Temp. Steigerungen. Fleißiges Mundspülen.

20. 10. 26. Temp. normal, Schürfwunden fast geheilt. Verband bleibt weg.

28. 10. 26. Schürfungen, Zungen- und Lippenverletzungen gut verheilt und völlig reaktionslos. Zahnfleischdefekt am Oberkiefer granuliert. zu. Beschwerdefrei, steht auf.

10. 11. 26. Zahnfleischdefekt ganz geschlossen. Zahnbehandlung (Ersatz) bei der Kasse beantragt.

22. 11. 26. Nach Genehmigung der Zahnbehandlung durch die Kassen zum Zahnarzt entlassen.

13. Penzhofer Georg, geb. 7. 5. 1904, Schlosser, eingel.

O.K. Fraktur li., Augenhöhlenfraktur li. Augenverletzung.

Vorgeschichte: Erhielt bei einer Rauferei mit einem Stock einen Hieb auf die linke Augengegend. Nicht bewußtlos, sofort mit Sanitätsauto ins Krankenhaus.

Befund: Guter A.Z., kräftig.

Innere Organe o. B.

Die linken Augenlider stark angeschwollen und bläulich rot verfärbt; Schwellung der linken Wange bis zum Mundwinkel. Bei Betasten Luftknistern unter der Haut über dem li. O.K. Druckschmerz am lateralen Rande der knöchernen linken Augenhöhle oberhalb des Ansatzes des Jochbogens, ferner i. d. Mitte des Oberkiefers links. Subconjunktivale Blutungen links.

Mit dem linken Auge Gegenstände nur verschwommen wahrzunehmen. Rö.A.: Bruch des linken Oberkieferknochens und Bruch am Augenrand der li. Augenhöhle. Erscheinungen gingen in den nächsten Tagen bedeutend zurück, auch das Sehvermögen besserte sich rasch.

Pat. dürfte ab 1. 12. 28 wieder voll arbeitsfähig sein.

15. 11. geheilt mit 8 Tagen Schonung entlassen.

14. Hefele Johann, geb. 2. VII. 1878, Hilfsarbeiter, eingel. 10. I. 27.

Vor drei Tragen rutschte Pat. auf der Straße aus und fiel auf das Gesicht.

A.Z. gut, kräftig.

Augenlider links stark blutig suggilliert. Sklera blutig imbibiert. Linkes Auge kann kaum geöffnet werden.

Linke Gesichtshälfte geschwollen und blutig imbibiert.

Starke Druckschmerzhaftigkei am Ansatz des os. zyg. Keine Crepitation fühlbar. Die Haut zeigt hier eine 5 Markstück große Abschürfung; die Mundschleimhaut im gleichen Bezirk blutig durchtränkt und geschwollen.

Die Rö.A. des lk. O.K. läßt mit Sicherheit eine Fraktur nicht feststellen.

Diagnose: Linksseitiges, großes Hämatom am Oberkiefer.

O.K. Fraktur fraglich.

Behandlung: Feuchte Umschläge.

15. 1. Haematom ist am tiefsten Punkt nach außen perforiert.

20. 1. Haematom entleert. Haut mit der Unterlage bereits wieder weitgehend verwachsen.

24. 1. Pat. wird gespült, mit 14 Tg. Schonung entlassen.

15. Goß Georg, geb 12. I. 1887, Hilfsarbeiter, eingel.

Doppelter U.K. Bruch. Commotio cer. Schädelbasisbruch. O.K. Bruch lk.

Vorgeschichte: Kann sich an nichts mehr erinnern. Laut Mitteilung ist er bei Lütjelburg schwer vom Rad gestürzt. Bewußtlos aufgefunden worden. Transport durch Sanitätsauto.

Befund: Erbrechen, Blutung a. d. lk. Ohr, rechte Pupille reagiert schlechter. Bewußtlos, gibt erst am folgenden Tage auf Anrede an. Linke Gesichtshälfte abgeschürft. Linkes Auge blutig unterlaufen. Linkes O.K. frakturiert ohne Verschiebung der Bruchstücke.

U.K. r. i. d. Nähe der Mitte, links kurz vor d. Angulus Mandibulae gebrochen. Das mittlere Fragment sinkt nach unten und hinten. Die Rö.A.

des Kopfes ergeben keine sicheren Bruchlinien an der Schädelbasis. Die Unterkieferaufnahme ergibt U.K. Frakturen a. d. oben beschriebenen Stellen.

Behandlung: Bettruhe, Eisblase.

Patient ist sehr unruhig. Erbrechen, Babinski links; linke Extr. im Reizzustand und gespannt.

15. II. Pat. wird nur langsam klarer, bewegt jetzt alle Glieder. Linke Schulter schmerzhaft; keine Fraktur.

20. II. Zahnarzt Dr. Fischer hat Sauer'sche Drahtschiene am U.K. angelegt. Tägl. Mundspülungen.

8. III. An der linken Halsseite unter dem U.K. Ast eine etwa handtellergroße Anschwellung, gerötet und auf Druck schmerzhaft und von derber Konsistenz. (Holzphlegmone).

Behandlung: Feuchte Verbände.

10. III. Fluktuation

11. III. Incision in Chloraethylrausch. Entleerung von reichlich dickrahmigem Eiter.

Feuchter Verband.

Feuchter Verband. Schwellung geht zurück. Jeden zweiten Tag Verbandswechsel.

8. III. Rö.A.: Kieferfraktur gut geheilt.

12. IV. Pat. wird in zahnärztl. Behandlung (ambulant) als arbeitsunfähig entlassen.

16. Dirr Joseph, geb. 26. 6. 1904, Kaufmann. Kinnverletzung. Fraktura mandibulae. Eintritt: 9. 4. 1927.

Vor zwei Tagen bekam Pat. beim Boxen einen Kinnhaken. Er bemerkte, daß alles los war und U.K. nicht auf d. O.K. paßte. Er kämpfte weiter und bekam noch mehr Schläge auf die gleiche Seite. Vom Arzt ins Krankenhaus überwiesen. Beim Beißen an der Bruchstelle Schmerzen.

Befund: Guter A.Z. kräftig.

Der linke U.K. hängt etwas herab und scheint etwas nach rechts verschoben zu sein, leichte Schwellung. Palpation sehr schmerzhaft; leichte Crepitation kurz vor dem Angulus mandibulae. Von der Mundhöhle aus gesehen steht die Molarenseite etwas weiter nach vorne. Der noch stehende 7 links unten ist lose. Geringe Schwellung.

Behandlung: Bettruhe, Kinnschleuder. Am folgenden Tage zum Zahnarzt.

14. 6. entlassen in amb. zahnärztliche Behandlung.

17. Aichmeyer Georg, geb 6. 6. 1901, Elektrotechniker. Doppelter U.K. Bruch. 29. Mai 1927 — 10. 6. 1927.

Patient vom Arzt eingewiesen wegen Unfall beim Hockey-Spiel.

Patient erhielt heftige Prellung durch Zusammenstoß.

Konnte U.K. sofort nicht mehr bewegen.

Befund: U.K. etwas herabhängend und nach rechts verschoben.

Leichte Schwellung der Wange und der Gingiva.

Starke Druckschmerzhaftigkeit beiderseits in der Mitte des U.K. Astes. Abnorme Beweglichkeit besonders stark auf und abwärts, sowie nach rechts, geringer nach links. Die Zahnreihe ist unterbrochen in Höhe und Seitenlinie besonders, sodaß man den Eindruck eines Doppelbruches mit Aussprengung eines Mittelstückes erhält.

Rö.A. Fraktur quer durch den ram. horiz. rechts am Angulus, links in der Praemol.-Lücke.

Behandlung: Schienung durch Zahnarzt.

10. 6. Entlassung in zahnärztl. Behandlung.

18. Bretzner Johann, geb. 23. I. 1904. Feuerschmied, eingel. 2. Juli 1927.

Kompliz. U.K. Bruch, Lippenverletzung.

Vorgeschichte: Heute Nachmittag ½5 Uhr wollte Patient auf der Arbeitsstätte mit einem Dampfhammer ein Stück Eisen abhauen, dieses sprang hoch und schlug ihm gegen den U.K. Er blutete am Kinn und Unterlippe, starke Schmerzen am U.K. (rechts), mit Sanitätsauto ins Krankenhaus.

Befund: kräftig, guter A.Z.

Rechte U.K.Seite ausgedehntes Haematom; in dessen Mitte und unterhalb des U.K.Randes schräg verlaufende ca. 2 cm lange Wunde, aus der er zweimal stark blutete. Unterlippe rechts 1 cm lange Wunde. Haematom starke Druckschmerzhaftigkeit. 4, 5 rechts oben wackeln, 5 rechts oben so zersplittert, daß er entfernt werden muß. Mund kann nur 3 cm geöffnet werden.

Rö.A.: U.K. zeigt am rechten horizontalen Ast 3 schrägverlaufende Frakturlinien ohne Dislokation.

Behandlung: Sofortige Wundversorgung in Lokalanästhesie. Wunde am U.K. reicht bis auf den Knochen (kompl. Fraktur). Excision der Wundränder, Einlage eines Jodoformgacestreifens, Naht. Catgutnaht der Lippenwunde. U.K. Feuchter Verband. T.A.T.

7. 7. 27: Wunden heilen gut. Fäden entfernt. Haematom am U.K. geht langsam zurück. Schmerzen an der rechten U.K.Seite. Sonst Allgemeinbefinden gut. Temp. normal.

12. 7. 27. Entlassen in zahnärztl. Behandlung.

19. Rauch Michael, geb. 9. 11. 1901, Kranenführer.

Eingel. 14. Juni 1927.

Osteomyelitis d. r. U.K.

Querfraktur des U.K. am r. Angulus.

Vor drei Wochen mit dem Rad gestürzt. Schlug U.K. gegen Randstein. Folgende zwei Tage starke Anschwellung d. Backens mit Unmöglichkeit des Schluckens u. Kauens. Arzt verordnete Kamillenumschläge; schließlich Incision vom Munde aus. Spülungen, Kamillenumschläge, Einweisung ins Krankenhaus.

Befund: Blaß, rechte Wange und U.K. etwas geschwollen. Keine Rötung. Mund kann nicht bis zur Hälfte geöffnet werden. Fehlen der Praemol. u.

Molaren. Starke Schleimhautschwellungen am Alvmolarfortsatz und schmierigeitriger Belag. Außerordentliche Druckschmerzhaftigkeit am Angulus. Einige vergrößerte Lymphdrüsen.

Rö.A.: Querfraktur der Mandibula am Angulus. Keine herdförmige Aufhellung, kein Sequester.

17. 6. Kieferklemme besteht noch. Temp. normal.

3. 7. Schwellung zurückgegangen, Mund kann weiter geöffnet werden.

16. 7. Bei gutem Wohlbefinden zum Zahnarzt ambulant entlassen.

20. Zinsel Xaver, geb. 15. 7. 1893, Milchhändler.

Eintritt 5. Aug. 1927, Gesichtsverletzungen, Oberkieferbruch.

Vorgeschichte: Stieß heute beim Motorradfahren mit einem Auto zusammen, war bewußlos und zog sich eine Kopfverletzung zu. Sofort mit Sanitätsauto eingeliefert.

Befund: Blutet etwas aus Ohr und Nase. Ist benommen, reagiert nur auf lauten Anruf mit seinem Namen, gibt aber im übrigen keine Auskunft. Puls kräftig, aber verlangsamt. Etwas unterhalb des linken Mundwinkels eine 3 cm lange Schnittverletzung. Ueber der linken Jochbeingegend 2 cm lange, 1 cm breite Weichteilverletzung. Bei der Palpation ist festzustellen, daß der Knochen etwa markstückgroß vom Periost entblößt ist; nach dem Orbitalrand zu fühlt man eine schrägverlaufende, zum Infraorbitalrand hinziehende Frakturlinie. Sonst o. B.

Behandlung: Excision u. Säuberung der Wundränder der bd. Weichteilwunden. Einlegen eines Jodoformgacestreifens. Naht. Verband. Antitetanusinjektion.

12. 8. Wunde p.p. verheilt. Pat. klar.

19. 8. Pat. liegt noch zu Bett und klagt noch über Kopfschmerzen.

21. 8. Will unbedingt entlassen werden. Wird als arbeitsunfähig entlassen.

21. Urbin Joseph, geb. 13. 1. 1901, Zeichner.

Eingel.: 9. 9. 1927.

Hufschlagverletzung im Gesicht im Bereich des re. Oberkiefers.

Vorgeschichte: 1907 durch Unfall Amputation des re. Oberschenkels. Ein Pferd schlug ihn mit dem Huf auf die re. Wange. Erst im Sanitätsauto wieder zum Bewußtsein gekommen.

Befund: guter E.Z. An der rechten O.K.Seite etwa 1 cm unterhalb des unteren Augenlidrandes, parallel zu diesem, von etwas außerhalb des lateralen bis fast z. medialen Augenwinkel verlaufend, eine klaffende ziemlich starke blutende, beschmutzte Wunde mit zerfetzten Rändern. Die Umgebung, besonders das re. untere Augenlid ziemlich stark geschwollen, sodaß Lidspalt nicht aktiv geöffnet werden kann. Auge nicht verletzt. Sehkraft normal.

Behandlung: Sofortige Wundversorgung in Lokalanaesthesie. Excision der Wundränder und des gequetschten und beschmutzten Gewebes. Bei der Revision zeigt sich, daß am O.K.Knochen der untere Orbitalrand stark zer-

splittert ist und Orbitalfett in die Wunde hineinverquillt. O.K.Höhle nicht eröffnet. Einige Knochensplitter werden entfernt. Die Wunde vorsichtig mit Jod und Perubalsam betupft und die Wundränder nach Einlage eines Gummidrains u. Streifens durch Naht vereinigt. Feuchter Verband mit Borlösung. T.A.T.

11. 9. Temp.Anstieg, Schwellung, Entfernung der Nähte, F. Tamponade f. Verband.

15. 9. Absinken der Temp. tägl. Verband.

20. 9. Schwellung ganz zurückgegangen, F.Streifen.

24. 9. Wunde fängt zu granulieren an.

1. 10. Schmerzsalbenstreifen in die Wunde.

7. 10. Wunde nahezu geschlossen. Fühlt sich wohl.

13. 10. Geheilt, zeitweise noch Kopfschmerzen. Mit 14 Tagen Schonung entlassen.

22. F e r b e r Tobias, geb. 29. 4. 1905, Hilfsarbeiter.

Eingel.: 20. Sept. 1927 wegen Stomatitis u. U.K.bruch links.

Vom Zahnarzt eingewiesen wegen schwerer Stomatitis. Die Behandlung des U.K.Bruchs soll erst fortgesetzt werden, wenn Stomatitis abgeklungen.

Befund: Allgemein o. B.

Der linke horizontale U.K.Teil läßt bei der Palpation eine Fraktur erkennen. Geringe Verschiebung der Frakturstücke in vertikaler Richtung.

Mundhöhle: Rachen u. Tonsillen l. gerötet. Auffällige Rötung der Mundschleimhaut. Eine Zahnfleischvorwölbung mit Schmerzhaftigkeit an der Stelle, die etwa der Frakturstelle des Kiefers entspricht.

Behandlung: Mundspülen mit Desinfizientien.

21.9. Entlassung in zahnärztl. Behandlung.

23. B u r k h a r d t Alfred, geb. 25. 4. 1905, Kaufmann.

Eingel.: 22. Okt. 1927 wegen kompliziertem U.K.Bruch.

Vorgeschichte: Seit 1910 am re. Auge blind, Gelenkrheumatismus. Seit zwei Jahren epileptische Anfälle. Heute früh beim Gang ins Geschäft Anfall. Pat. fiel mit dem Kopf auf das Straßenpflaster. Pat. weiß von dem Anfall nichts zu berichten. 2 Stunden bewußtlos.

Blutende Wunden am U.K. und U.Lippe.

Befund: Guter E.Z. kräftig. Lautes systol. Geräusch über allen Ostien, zeitweise Irregularität.

Lokal: Weichteildurchtrennung am Kinn mit gequetschten Rändern. U.Lippe in der Mitte gequetscht. Schleimhäute T-förm. durchtrennt. In der Mitte des U.K. Druckschmerzhaftigkeit u. Crepitation. Die beiden unteren Schneidezähne stehen etwas auseinander. 3 links unten auf Druck schmerzhaft. Starke Schwellung der Kinngegend.

Rö.bild: In der Mitte des U.K. eine senkrechte etwas wellenförm. verlaufende Frakturlinie.

Behandlung: Excision der Wundränder u. Naht in Lok.Anaesthesie. T.A.T.

28. 10. Die anfänglichen Temp., zurückgegangen, die Fäden entfernt.

28. 11. Außer Bett; Wunde p. p. abgeheilt. Schleimhaut der U.Lippe ist nahezu geheilt. Die Catgut-Fäden stehen noch. U.K. steht leidlich aufeinander; abnorme Beweglichkeit zwischen 1 rechts und 1 links unten. Foetor ex ore.

In zahnärztl. Behandlung entlassen; arbeitsunfähig.

Am 17. 11. 1927 Zeugnis: 4 wöchentlicher Erholungsurlaub ärztlicherseits begutachtet.

24. Schirm Karl, geb. 9. 8. 1904. Kaufmann.

Eingel.: 1. April 1928.

Doppelter U.K.Bruch r. und lks.

Vorgeschichte: In der Nacht vom 31. 3. auf 1. 4. bei einer Rauferei als Unbeteiligter von einem Unbekannten angefallen und bekam zwei Faustschläge, einen links und einen rechts auf den U.K. Patient hatte Beschwerden beim Schlucken und Sprechen und begab sich, als die Schmerzen stärker wurden, ins Krankenhaus.

Befund: Mittl. K. und E.Zustand.

O.K. Prothese. Starke Schwellung an beiden Seiten des U.K., Bruchstellen an beiden U.K. Zunge wird gerade vorgestreckt.

Rö.Bild ergibt beiderseitigen U.K.Bruch vom U.K.Winkel schräg nach vorne oben zur letzten Alveole. Keine stärkere Verschiebung.

Behandlung: Feuchter Verband.

8. 4. Die Schwellung geht langsam zurück. Patient kann den Mund weiter öffnen.

12. 4. Die Schwellung ist weiter zurückgegangen. Pat. wird heute arbeitsunfähig zum Zahnarzt entlassen.

25. Bader Georg, geb. 25. 6. 1904. Hilfsarbeiter.

Eingel.: 25. März 1928.

Vorgeschichte: vor 1½ Jahren Rippenbruch beim Boxen.

Heute vorm. beim Boxen einen Gesichtshaken erhalten. Sofort ziemlich heftiger Schmerz auf der rechten U.K.seite. Es trat Schwellung auf, außerdem hatte er etwas Blut im Munde. Er war wohl etwas unwohl, aber nicht bewußtlos. Er ging nach Anlegung eines Notverbandes nachmittags ins Krankenhaus.

Befund: Ziemliche Schwellung i. d. Gegend des rechten U.K.winkels. Druckschmerz, Crepitation und abnorme Beweglichkeit. Der Mund kann nur wenig geöffnet werden. Die Mundschleimhaut re. am U.K.winkel etwas verletzt.

Rö.A.: Frakturlinie vom re. U.K.winkel schräg nach vorne, oben bis zur Alveole des letzten Molaren verlaufend. Die Bruchenden sind nicht verschoben, stehen gut.

Guter A. und E.Z. kräftig.

Behandlung: Feuchter Verband.

30. III. Schwellung am re. U.K. ist etwas zurückgegangen. Pat. wird in zahnärztl. Behandlung entlassen.

26. Schmid Joseph, geb. 1. 2. 1912, Landwirtssohn.
Eingel.: 1. April 1928.
Schwerer U.K.bruch; Kopfschwartenverletzung.

Vorgeschichte: Stürzte heute i. d. Nähe der Kirche von Siebnach wegen Gabelbruch vom Rad und zog sich dadurch eine schwere Kieferverletzung zu und wurde auf Rat des Arztes sofort ins Krankenhaus Augsburg eingeliefert.

Befund: kräftig, guter A.Z. und E.Z. Nicht bewußtlos, kann sich an den Hergang des Unfalles genau erinnern.

Starke Schwellung der ganzen U.K.Gegend und der Lippen, Schürfwunden besonders an der ganzen rechten Gesichtshälfte, aber auch an der linken Wange. Blutet aus dem Munde; Mundhöhle kann wegen Lippenschwellung und Unmöglichkeit den Mund zu öffnen nicht genau untersucht werden. Abnorme Knochenbeweglichkeit mit Knochenreiben in der Kinngegend. Die unteren Schneidezähne sind in ihren zersplitterten Alveolen frei beweglich.

Behandlung: Salbenverbände; Ausspülen des Mundes, Schmerzmittel T.A.T.

6. 4. Schürfwunden heilen allmählich, noch enorme Schwellung.

8. 4. Es scheint sich ein Erysipel zu entwickeln; noch kein Ausschlag sichtbar. Alkohol, Digipurat.

12. 4. Zeitweise ganz benommen, kann jedoch trinken; Schwellung geht zurück. Kein Abszeß oder Infiltration nachzuweisen.

Rö.A. zeigt doppelte U.K.Fraktur im vorderen Abschnitt, sodaß das ganze Kinn isoliert ist. Außerdem Fraktur am rechten Kieferwinkel.

15. 4. Erysipelatöser Ausschlag, ohne Schwellung, rasch wechselnd. Abgrenzen mit Ichtyolkollod, Alkohol, Herzmittel; Plus klein, Frequent, irregulär.

18. 4. Temp. rasch abgeklungen. Puls gebessert.

22. 4. Schwellung so weit gebessert, daß Schiene angelegt werden kann. Schürfungen abgeheilt.

24. 4. Puls irregulär, frequent, systol. Geräusch besonders über d. Mitralis, Digitalis-infus.

29. 4. Herzstörung langsam weitgehend gebessert. Schiene hält. Kann gut beißen und kauen.

6. 5. Steht auf, Puls noch sehr labil. Fraktur scheint sich zu festigen, da die unteren Schneidezähne ihre abnorme Beweglichkeit mit dem Knochen verloren haben. Die lockergewordene Schiene mußte befestigt werden.

15. 5. Außer Bett; hat sich glänzend erholt. Puls kräftig, in der Frequenz noch wechselnd, ohne Herzgeräusch. Schiene bleibt noch liegen. Auf Wunsch nach Hause entlassen. Arbeitsunfähig.

27. Koppold Johann, geb. 11.8.1901, Landwirtssohn.
Eingel. am 27. Mai 1928.
Schädelbasisfraktur, U.K. und O.K.Fraktur, Gesichtshaematom, Schürfungen.
Vorgeschichte: Stürzte heute inf. Gabelbruchs vom langsam fahrenden Rade aufs Gesicht.
Starke Schwellung des ganzen Gesichts, besonders der linken Hälfte, der Lippen, Nase, ausgedehnte Hautschürfungen und Blutunterlaufensein. Am Nasenseptum Rißwunde, sowie an der Mitte der Unterlippe im Lippenrot.
Bruch des U.K. re., der Maxillen, d. Nasenbeins.
Extremitäten einige Hautschürfungen.
Behandlung: In Lokalanästhesie Wundversorgung.
Belloque'sche Tamponade. Eisblase.
1.6. Die Schwellung bedeutend zurückgegangen.
5.6. Beendigung der feuchten Umschläge. Zum Zahnarzt Dr. Fischer entlassen.

28. Rieger Fridolin, geb. 28.4.97, Elektrotechniker.
Eingel. am 5. Juni 1928.
Nasenbeinbruch, O.K.Fraktur re. Hautschürfungen.
Vorgeschichte: Stürzte heute vom Motorrad aufs Gesicht. Nicht bewußtlos, stand selbst wieder auf. Wird sofort ins Krankenhaus gebracht.
Starkes Oedem und Emphysem der Augenlider beiderseits; die Augen können nur zu einem schmalen Spalt geöffnet werden. Starke Schwellung der re. Gesichtshälfte, der Nase, die eingedrückt ist; Crepitation; starke Blutung aus beiden Nasenlöchern; Nasenrücken kleinere Hautrißwunden aus denen bei Druck auf die Augenschwellung Blasen aufsteigen.
Guter A.Z. und E.Z.
Rö.A.: O.K.Bruch rechts. Leichter Druckschmerz an der Spina scapulae rechts.
Behandlung: Jodoformgaze Tamponade der Nase beiderseits von vorne und Bellocque'sche Tamponade. Reposition der Nasenbeinfraktur. Bettruhe; T.A.T.; feuchte Umschläge; Bronchitiskessel.
6.6. Belloque Tamponade entfernt, Blutung stand.
10.6. Immer noch starke Schwellung im Bereiche des gebrochenen Oberkiefers.
14.6. Schwellung etwas zurückgegangen; noch ziemlich abendliche Temp. Gegen ärztl. Rat auf eigene Gefahr nach Hause entlassen.

29. Eger Friedrich, geb. 31.8.1904, Hilfsarbeiter.
Eingel.: 27. Juni 1928.
U.K.Fraktur re.
Vorgeschichte: Heute nachmittag gegen 1 Uhr wollte Pat. einen Baumstamm mit der Sägemaschine durchsägen. Er mußte dabei den Stamm mit einem Prügel festhalten. Er rutschte mit dem Prügel aus und der Prügel

wurde ihm durch die Säge gegen das Kinn geschleudert. Arzt verwies ihn sofort ins Krankenhaus.

Befund: Kräftig, guter A.Z.

Auf der rechten U.K.Seite besteht eine starke Schwellung, Blutung aus dem Munde. Am rechten U.K. deutliche abnorme Beweglichkeit, Crepitation und Druckschmerzhaftigkeit. Bei der Inspektion der Mundhöhle ergibt sich, daß die Fraktur re. zwischen Eck- und 1. Molarzahn beginnt und offenbar durch den ganzen U.K. nach unten zu durchgeht. U.K.Bewegungen stark eingeschränkt und schmerzhaft.

Rö.A. zeigt am rechten U.K. eine fast senkrecht verlaufende Frakturlinie. Am unteren Teil derselben Splitterung.

Behandlung: Feuchter Verband, Mundspülen.

3. 7. 28. Schwellung wesentlich zurückgegangen. Entlassung in zahnärztliche Behandlung.

30. Wiedemann Isidor, geb 25. III. 02, Landwirtssohn.

Eingel.: 24. Juli 1928.

Große Kopfschwartenverletzung, U.K.Brüche, Sprunggelenkskontusion.

Vorgeschichte: Glitt heute abends 7 Uhr, als er mit dem Brückenwagen eine Anhöhe herunterfahren wollte aus und geriet dabei unter den Wagen, der ihm über den Kopf hinwegstreifte. Nicht bewußtlos, kein Erbrechen, mit dem Sanitätsauto ins Krankenhaus.

Befund: guter E.Z.

Am Schädeldach, rechts von der Medianen von der Stirngrenze bis zum Hinterhaupt reichende klaffende Wunde; Kopfhaut bis zum rechten Ohransatz taschenförmig abgehoben. Wunde stark verschmutzt. Schwellung am rechten Hand- und bd. Sprunggelenken. Re. Hand und li. Sprunggelenk stark druckschmerzhaft; keine Crepitation; Röntgenbefund: negativ. Vor dem rechten aufsteigenden U.K.Ast deutliche Schwellung; Crepitation.

Behandlung: Sofort operative Wundversorgung, Schädel: Excision der Wundränder, ausgiebige Reinigung und Spülung der Wunde; Jodierung. Excision von zerstörtem Gewebe. Gegenincision am tiefsten Punkt der Wundtasche vor d. re. Ohrläppchen. 2 Gummidrains. Hautnaht. Feuchter Schienenverband des re. Hand- und beider Sprunggelenke. T.A.T.

26. 7. Temperatur reichlich, Eiter Wunden schmierig belegt, Fäden entfernt. Rivanolstreifen; feuchter Verband.

28. 7. Temp. normal; Wunde schmierig, feuchter Verband.

31. 7. Ansteigen der Temp., Kopfschmerzen.

4. 8. Temp. normal, reichliche Eitersekretion.

8. 8. Temp.-Anstieg, Tlg. Verbandwechsel, reichlich Eiter.

15. 8. Allmähliche Reinigung der Wunde.

17. 8. Temp. subfebril fühlt sich wohl.

20. 8. Wunde gut gereinigt, aber noch reichliche Sekretion, feuchter Verband.

29. 8. Gute Granulationen, Temp. normal, Salbenverband.

3. 9. Pat. steht auf.
7. 9. Schienung des U.K.Bruches durch Dr. Fischer.
12. 9. Wunde zeigt gute Granulation, jedoch schrumpft der untere Hautlappen.
26. 9. Der untere Hautlappen zeigt Tendenz sich einzuschlagen.
3. 10. Plastische Operation des eingeschlagenen Hautlappens (Prof. Dr. Haecker) in L.A.
6. 10. Leichte Kopfschmerzen, anfängl. gesteigerte Temp. wieder normal.
8. 10. Steht untertags auf. Hautlappen größtenteils fest.
13. 10. Drahtnaht entfernt.
19. 10. Weitere plastische Operation L.A. (Prof. Dr. Haecker).
26. 10. Beschwerdefrei. Temp. normal. Fäden entfernt, Wunde p. p. verheilt.
30. 10. Nach Hause entlassen. zahnärztl. Behandlung fortgesetzt.

31. Dobmeier Rudolf, geb. 15. II. 1922, Weichenwärterssohn.
Eingel.: 2. Aug. 1928.
O.Schenkelbruch r., Schädelbasisbruch, O.K.Bruch; Commotio.

Vorgeschichte: Pat. wird mit der Angabe ins Krankenhaus geliefert vom II. Stock aufs Straßenpflaster gestürzt zu sein.

Befund: Kind in benommenem Zustand, gibt aber an. Gesicht stark geschwollen, Nasenbein, crepitierend, Augen besonders blutunterlaufen, starke Blutung aus der Nase. Bluterbrechen. Verletzung der Lippe und des U.K. Zähne des O.K. lose.

Rö.A.: Bruch des Nasenbeins und Oberkiefers, Unterarmbruch, starke Schmerzen, Oberschenkelbruch rechts; Wunde an der Außenseite stark blutend. (Kompliz. Fraktur).

Behandlung: Versorgung der Lippen und U.K.Wunde in Lokalanästhesie, Drainage, Versorgung d. Oberschenkelwunde, Drainage, T.A.T., Oberschenkelverkürzung bei der Aufnahme 6 cm.

18. 8. Zugverband und Mastisol.

In den ersten drei Tagen fast ständig bewußtlos. Künstliche Ernährung (Klysma). Der ganze Kopf war über eine Woche lang oedematös geschwollen. Beide Augen blutrot unterlaufen. Im Urin wiederholt Eiweiß.

30. 8. Zugverband ab, Beginn mit Heißluft und Massage, Knochenwunden fest verheilt.

28. 9. Kind bricht sich beim Spielen erneut den Oberschenkel an alter Frakturstelle. Erneut Zugverband.

14. 10. Beckengips.

29. 10. Heißluft-Massage. Steht auf und geht.

7. 11. Nach Hause entlassen, Knochen fest verheilt, Verkürzung etwa 1,5 cm, U.K. in guter Stellung verheilt, Zahnschluß gut.

32. Wiedemann Alois, geb., 6 Jahre alt.
Eingel.: 31. 7. 1928.
Schädelbruch, Oberkiefer- und Unterkiefer-Fraktur.

Vorgeschichte: Eisenbahnunglück Dinkelscherben. Wahrscheinlich anfänglich bewußtlos.

Befund: Bei Aufnahmen nicht bewußtlos, nicht benommen, keine Blutung aus Nase, Ohr oder Mund.

Ueber dem rechten Scheitelbein 3 cm lange Kopfschwartenverletzung. Zwei cm langer Knochensprung ohne deutliche Impression.

Ausgedehntes Haematom der linken Gesichtsseite mit Fraktur des Oberkiefers und der Mitte des U.K.Astes links. Hautschürfungen am ganzen Körper. Rechte obere Extremität schwere Verletzungen. Das rechte Bein in der Hüftpfanne stark auswärts rotiert gehalten.

Rö.A.: Keine Fraktur. Oberschenkel wird in normale Stellung gebracht.

Behandlung: Sofort Amputation des rechten Vorderarmes, Wundversorgung der Kopfschwartenverletzung — Naht, keine Trepanation an der Stelle des Knochensprunges, da keine Krämpfe und Herderscheinungen aufgetreten waren und mit Rücksicht auf den schweren A.Z. T.A.T.

Herzmittel, Kochsalz subcutan.

2. 8. Schwellung am Oberkiefer zugenommen, feuchte Verbände, die Drains der Kopfschwartenverl. (nicht reaktionslos) werden entfernt. Entfernung der Drainage am Stumpf des rechten Unterarms. Feuchte Verbände und Ruhigstellung.

Zahnarzt Dr. Fischer rät von sofortiger Schienung ab. Der Biß ist auch so verhältnismäßig gut und bei den vielfachen Wunden und Contusionen eine absolute Ruhigstellung wegen der drohenden Infektion vordringlich indiciert.

6. 8. Noch zieml. Schwellung am O.K., Kopfschwartenwunden reinigen sich, Amp. Stumpf geringe Sekretion.

13. 8. Wunden am Kopf fast völlig verheilt. Dünnflüssiger Eiter aus dem linken Ohr. Proc. mastoideus nicht bes. druckschmerzhaft. Keine wesentliche Temp.-Erhöhung. Nach Angabe der Mutter hatte das Kind vor einem Jahr eitrige Mittelohrentzündung.

20. 8. Sekretion a. d. Ohr aufgehört. Temp. normal.

25. 8. Steht auf, fühlt sich wohl.

2. 9. Wunden fast vollkommen verheilt, keine Kopfschmerzen, tagsüber außer Bett.

8. 9. Entlassungsbefund. Am r. Scheitelbein 3 cm lange 1 cm breite reaktionslose, von der Unterlage gut verschiebliche Narbe.

Narbe am Hinterkopf reaktionslos, 5 cm lang 1 cm breit.

An der Unterlippe im linken Mundwinkel wulstige etwas gerötete Narbe, derb aber nicht schmerzhaft. Zahnschluß gut.

Ober- und Unterkiefer keine besonderen Verdickungen. Rechter Vorderarm etwa von der Mitte an amputiert, 8½ cm lange und 1 cm breite leicht gerötete Narbe, z. Teil mit Krusten bedeckt, gut verschieblich und nicht druckschmerzhaft.

33. Christ Joseph, geb 12. II. 1914, Hilfsarbeiter.

Eingetr.: 18. 8. 1928.

Oberkieferfraktur links.

Vorgeschichte: Fuhr heute mit dem Rad auf einen anderen Radfahrer und zog sich eine Wunde an der Lippe zu. Nicht bewußtlos, sofort ins Krankenhaus.

Befund: Guter E.Z. Im rechten Mundwinkel tiefe Rißwunde mit etwas zerfetzten Rändern.

Behandlung: L.A. Excision der Wundränder, reinigen der Wunde, Catgutnaht. T.A.T.

Rö.A.: Oberkieferfraktur links.

20. 8. Temp. 38,3, Wunde etwas schmutzig belegt.

22. 8. Temp. subfebril, Wunde reinigt sich.

28. 8. Wunde fast abgeheilt.

31. 8. Ober- und Unterkieferschienung, Temp. subfebril.

5. 9. Temp. normal, Wohlbefinden.

12. 9. Steht auf, keine Beschwerden.

Auch Weiterhin Gurgeln mit Desinfizientien.

3. 10. Tagsüber außer Bett. Ausgang zur zahnärztl. Behandlung.

11. 10. Schienen abgenommen, Pat. bei fast verheilter Fraktur nach Hause entlassen. (In zahnärztl. Behandlung).

34. Mutscheler Joseph, geb. 8. 4. 05, Schreiner.

Eingetr.: 1. 10. 1928.

Unterkieferfraktur.

Vorgeschichte: Fiel gestern abend beim Treppensteigen mit dem Unterkiefer auf Treppenkante, seit dem starke Schmerzen. Pat. suchte heute einen Arzt, dann zwei Dentisten auf, von denen einer ihn ins Krankenhaus überwies.

Befund: Kräftig guter E.Z., etwas asthenischer Habitus.

Untere Zahnreihe in der Mittellinie gegen einander verschoben, abnorme Beweglichkeit. Starker Druckschmerz, keine Zahnverletzung.

Behandlung: 3. 10. Abdruck von Dr. Fischer.

7. 10. Schienung.

10. 10. Pat. in zahnärztl. Behandlung entlassen, keine offene Schleimhautwunde.

35. Herold Karl, geb. 3. 12. 06, Hilfsarbeiter.

Eingel.: 9. Sept. 1928.

Unterkieferbruch rechts am Angulus.

Vorgeschichte: Fuhr gestern abend mit dem Rad ohne Licht, stieß dabei tung aus dem Munde. Nicht bewußtlos, ging nach Hause. Heute abend vom Arzt ins Krankenhaus eingewiesen.

Befund: Guter A Z. Rechte U.K.Gegend etwas angeschwollen. Angulus druckschmerzhaft, hier auch abnorme Beweglichkeit.

Im Unter- und Oberkiefer fehlen die Molaren und teilweise auch die Prämolaren, jedoch nicht als Unfallfolge. Rechter aufsteigender U.K.Ast nach unten und hinten gesunken.

Rö.A.: U.K.Bruch rechts vom Angulus.

Behandlung: Zunächst Abwarten der Abschwellung. Gurgeln mit antisept. Mitteln.

11. 9. Schienung, Schwellung am Mundwinkel besteht weiter, breiige und flüssige Kost wegen der durch die Schienung behinderten Mundöffnung.

16. 9. Beschwerdefrei, Dislokation ausgeglichen.

22. 9. Auf Wunsch zum Zahnarzt entlassen.

36. K l e i n Marie, geb. 13. 2. 02, Kaufmannsehefrau.

Eingel.: 2. 6. 1928.

Verletzung an Oberlippe und Oberkiefer, Schädelbasis-Fraktur?

Vorgeschichte: Heute mit der Straßenbahn zusammengefahren, weiß nichts genaues mehr über den Hergang. Sofort eingeliefert.

Befund: Guter E.Z. Blaß, Puls klein, etwas beschleunigt. Oberlippe und rechte U.K.Seite stark geschwollen. In der Mitte der Oberlippe kleine Wunde. Obere Frontzähne abgebrochen. Blutet ziemlich an Oberlippe und a. d. Oberkiefer, ebenso Blutung aus der Nase. O.K. und Nasenbein nicht nachweisbar.

Behandlung: Feuchtkalte Auflage auf Oberlippe und O.K. T.A.T.

4. 6. Pat. verlangt ihre unbedingte Entlassung und wird auf eigene Verantwortung zum Arzt entlassen.

37. B ü h r l e Johann, geb. 4. 6. 03, Mühlkarrer

Eingel.: 3. 1. 29.

Kinnverletzung, Bruch des unteren Alveolarfortsatzes.

Vorgeschichte: Heute früh im Betriebe von einem Pferd geschlagen. Notverband und Einlieferung ins Krankenhaus.

Befund: Guter E.Z. und A.Z. 2 Querfingerbreit oberhalb des Kinns 6 cm lange Quetschwunde mit zerfetzten Rändern, die bis in das Innere der Mundhöhle reichen. Zahnfleisch des unteren Alveolarfortsatzes zerfetzt, untere Schneidezähne gelockert, 2 cm lange Rißwunde i. d rechten Oberlippe.

Rö.A.: Fraktur des unteren Alveolarfortsatzes im Bereich der unteren Schneidezähne, von denen der zweite linke abgebrochen ist.

Behandlung: Wundversorgung in L.A. Excision der Wundränder, Schleimhautnaht, Naht der Muskulatur, Hautnaht, T.AT. Bei der Wundversorgung zeigt sich, daß der untere Alveolarfortsatz im Bereiche der unteren Schneidezähne abgebrochen ist, das Knochenstück wird mit den Zähnen entfernt.

5. 1. Temp. über 38°, gutes Allgemeinbefinden, keine Wundschmerzen, Gurgeln.

8. 1. Hautnähte entfernt, Wunde reaktionslos. Auf der Innenseite der Unterlippe Wundtasche, die sekundär ausgranuliert.

15. 1. Fieber- und Beschwerdefrei, Wunden verheilt.

21. 1. Klagt über Abgeschlagenheit, Kopf- und Halsschmerzen. Temp. 39°, Rachen und Mandeln gerötet und geschwollen.
Erb'sche Pulver, Halswickel, Gurgeln.
24. 1. Temp. subfrebil, geringe Halsschmerzen.
29. 1. Guter A.Z., Mandeln leicht gerötet, Pfröpfe, Halswickel.
2. 2. Zum Zahnarzt entlassen, 14 Tage Schonung.

38. Brand Wilhelm, geb. 11. 5. 89, Kaufmann.
Eingel.: 25. 2. 29.
Verletzungen am U.K.
Vorgeschichte: Fiel heute gegen das Kinn.
Befund: Unter dem Kinn 3 cm lange, unter der Unterlippe 3 cm lange glatte Wunde.
Behandlung: Naht und Kinnschleuder mit T.A.T.
28. 2. Verbandwechsel, geringe Sekretion, Trockenverband.
2. 3. Geringe Sekretion, zum Arzt entlassen.

39. Abt Joseph, geb. 28. 11. 08, Rangiergehilfe.
Eingel.: 28. 1. 29.
Fraktur des horiz. Unterkieferastes rechts.
Vorgeschichte: Heute Nacht mit dem Einkuppeln von Eisenbahnwagen beschäftigt, Plattformteil, das nicht eingehängt war, fiel herab und traf den Pat. am Kopf, wobei er dann mit dem rechten U.K. gegen den ebenanstoßenden Wagen schlug. Sofort starke Schmerzen am rechten U.K. Ging nach Hause. Am nächsten Morgen nahmen die Schmerzen zu, vom Arzt ins Krankenhaus eingewiesen.
Befund: Guter A.Z. Rechte U.K.Gegend etwa in der Mitte des horiz. Unterkieferastes sehr geschwollen und druckschmerzhaft, abnorme Beweglichkeit. Die Frakturlinie scheint zwischen ersten und zweiten Prämolaren durchzugehen. Wangenschleimhaut in dieser Gegend blutig und imbibiert und durch ziemlich großen Bluterguß von der Unterlage abgehoben. Linke Gesichtshälfte Schürfungen.
7. 2. Schienung, Gurgeln und Mundspülen.
14. 2. Angina, leichte Kost, Gurgeln, Halswickel.
20. 2. Beschwerdefrei.
24. 2. Schluckbeschwerden, Rötung von Zunge und Tonsillen, Halswickel, Gurgeln.
25. 2. Bereich der rechten Tonsille Fluktuation; Incision Eiterentleerung.
27. 2. Beschwerdefrei.
8. 3. Zum Zahnarzt entlassen.

40. Dolb Engelbert, geb. 28. 12. 10. Maler.
Eingel.: 5. 8. 29.
Oberlippen- und Zahnfleischverletzung.
Vorgeschichte: Früher viel Nasenbluten. Heute Radsturz. Mit Sanitätsauto eingeliefert.

Befund: Guter E.Z. und A.Z. Rechte Gesichtsseite größere Schürfungen, Oberlippe und Nase geschwollen, Nasenbluten.

In der Mitte der Oberlippe ½ cm lange Rißwunde (vertikal), die ganze Oberlippe zerfetzend, innen bis zum Lippenbändchen aufgerissen. 1 rechts oben fehlt, Zahnfleisch a. d. Vorderseite des O.K. von der Mitte bis zum ersten Prämolar lappenartig abgehoben, Eckzahn liegt frei.

Behandlung: Wundversorgung in L.A. Excision der Ränder. Dabei muß Lippe ganz gespalten werden. Schleimhautnähte, Oberlippennaht. Unter das abgehobene Zahnfleisch Jodoformgazestreifen. T.A.T.

14. 8. Wundheilung p. p. vollzogen,b eschwerdefrei und arbeitsfähig entlassen.

41. Roller Christian, geb. 2. 9. 18. Mechaniker.
Eingel.: 18. 9. 29.
Unterkieferbruch links.
Gutachten:

Vorgeschichte: Am 18. 9. in S.A.-Uniform von Unbekannten von rückwärts ins Gesicht geschlagen. Heftiger Schmerz. Es wurde ihm schlecht, mußte sich hinsetzen, ging dann ins Krankenhaus.

Befund: Mittlerer E.Z. und A.Z. blaß. Diffuse Schwellung des U.K. und der linken Wange und bläulichrote Verfärbung. Am linken Kieferwinkel starker Druckschmerz, Crepitation. U.K. etwas nach rechts verschoben, abnorme Beweglichkeit.

Rö.A.: Bruch quer durch linken Angulus.

Behandlung: Wegen der starken Schwellung zunächst feuchten Verband.

24. 9. Schwellung zurück, zum Zahnarzt, Schienung. Beide Zahnreihen fest miteinander verbunden. Zur Ernährung mit flüssigen Speisen muß ein Zahn gezogen werden.

4. 10. Keine Schwellung mehr. Auf Wunsch entlassen in zahnärztl. Behandlung.

Die Heilungsdauer schätzen wir auf 6—7 Wochen, falls keine weiteren Komplikationen eingetreten sind. Solange dürfte auch Arbeitsunfähigkeit bestanden haben. Jedoch wenn die Schienung früher entfernt worden sein sollte, dürfte nach Entfernung derselben wohl eine beschränkte Arbeitsfähigkeit anzunehmen sein. Wir bitten jedoch in diesem Punkte den behandelnden Zahnarzt zu befragen, da wir über den weiteren Verlauf nicht unterrichtet sind.

Bei der besonderen Härte und Dichtigkeit, die der U.K.Knochen zumal bei einem jugendlichen Individuum besitzt, muß die angewandte Gewalt eine überaus brutale gewesen sein, um einen Bruch herbeizuführen. Es ist wenig wahrscheinlich, daß ein einfacher Faustschlag die Ursache der Verletzung war, wir halten eher einen Stock oder ein ähnliches Instrument dafür geeignet. Als bleibender Nachteil und als Folgen kommen unter Umständen Neuralgien des U.K.Nerven, Taubheit der entsprechenden Unter-

lippenseite und Schwund der Kieferhälfte in Frage, Beschwerden beim Kauen gehen meist vorüber, können aber auch längere Zeit noch bestehen.

42. Stegmüller Peter, geb. 16. V. 1909. Fensterreiniger.
Eingel.: 16. 11. 29.
Commotio, Zahnverlust, Verletzungen am Kinn.

Vorgeschichte: Schon längere Zeit Magenbeschwerden. Rutschte heute beim Fensterputzen aus und fiel aus der Höhe des I. Stockes von der Leiter. Kurze Zeit bewußtlos. Mit Sanitätsauto ins Krankenhaus.

Befund: Blaß, sichtlich unterS chreckwirkung stehend, ist jetzt bei sich und kann Angaben machen. Kein Erbrechen, blutet aus dem Mund.

1 links oben ausgefallen, 1 rechts oben mediales Eck abgeschlagen. Am Kinn i. d. Mitte 2—3 cm lange von vorn nach hinten verlaufende Hautrißwunde. Hautschürfungen an Fingern und beiden Knien.

Behandlung: Bettruhe, Eisblase, Mundspülung. Jodoformgazestreifen auf die Kinnwunde. T.A.T.

20. 11. Keine Kopfschmerzen, Schmerz an rechter Kniescheibe.

Rö.A.: Ergibt keinen pathol. Befund, feuchter Verband.

23. 11. Angeblich Brennen beim Wasserlassen, kein Ausfluß, Therapie siehe Kurve.

28. 11. Beschwerden haben nachgelassen. Steht trotz Verbot auf.

2. 12. Beschwerdefrei, keine Kopfschmerzen; wegen Magenleiden Magenkost.

Betrinkt sich mit 2 Flaschen Malaga und 4 Flaschen Bier und führt sich wie ein Tobsüchtiger auf. Skopolamin und in Zelle gelegt. Nächsten Morgen disziplinarisch entlassen.

43. Friedrich Karl, geb. 8. 3. 1906. Schlosser.
Eingel.: 27. 11. 1929.
U.K.Brüche. Abszeß am U.K.

Vorgeschichte: Am 9. 11. stürzte Pat. zu Hause von der Speicherleiter auf den re. U.K. War nicht bewußtlos. Hat aus dem Munde geblutet. Bemerkte erst am nächsten Tag, daß der U.K. gebrochen sei. Anlage von Schienen nach Reposition durch Dr. Fischer.

Seit 2 Tagen starke Schmerzen in der re. Submandibulargegend, Schwellung, leichte Rötung. Vom Arzt eingewiesen.

Befund vom 13. 11. 29: Guter A.Z. und E.Z. Blaß, unregelmäßige Stellung der Zähne des U.K., Druckschmerz i. d. Mitte des U.K., beide U.K.-Hälften lassen sich seitlich verschieben; Crepitation, Druckschmerz auch li. am U.K.Gelenkfortsatz, gering auch rechts, jedoch hier keine Crepitation.

Rö.A. U.K.Fraktur zwischen 1 und 2 rechten Schneidezahn, rechter U.K. etwas nach oben verschoben. Links ist auf der Aufnahme eine Fraktur nicht mit Sicherheit festzustellen. Re. Fraktur nicht wahrscheinlich.

15. 11. Pat. nach Schienung durch den Zahnarzt auf Wunsch nach Hause.

Befund am 27. 11. 29: Blaß, mäßiger E.Z. und A.Z. Ziemlich starke Schwellung an der Kinn- und U.K.Gegend, Druckschmerz, Rötung Fluktuation. In Chloraethylrausch Incision. Man gelangt in eine Abszeßhöhle, die bis an die Bruchstelle reicht, kein rauher Knochen, kein Sequester, Gummi-Drain und Rivanolstreifen. Feuchter Verband.

29. 11. Verbd.-W., Rückgang der Schwellung, reichlich Eiter-Sekretion. Foetor ex ore; anscheinend Kommunikation der Abszeßhöhle auch mit der Mundhöhle i. d. vorderen Lippenfalte.

3. 11. Keine wesentliche Aenderung im Befund. Wird auf Wunsch gegen ärztlichen Rat entlassen.

44. Arnold Franziska, geb. 31. 1. 15. Fabrikarbeiterstochter.

Eingel.: 31. 10. 29.

Wunde am Kinn. U.K.Fraktur re.

Vorgeschichte: Fiel am 27. 10. über eine Treppe und verletzte sich dabei am Unterkiefer. U.K. Bruchbehandlung durch Dr. Fischer, der sie wegen mangelnder Pflege ins Krankenhaus verweist.

Befund: Mittelgroß, kräftig.

Quere 1,5 cm lange Wunde am Kinn, per sec. heilend, bei Zahnschluß steht die Zahnreihe seitlich übereinander; der re. U.K. ist i. d. Mitte des horizont. Teils abnorm beweglich.

Behandlung: Salbenverband. Zur Schienung wird Pat. zu Dr. Fischer geschickt. (Ausgang)

9. 11. Schienung, flüssige Kost (Röhrchen)

20. 11. Zahnreihe steht gut, Wunde geheilt.

30. 11. Status idem.

9. 12. Zeitweise löst sich ein Draht an der Schiene, sodaß sie vom Zahnarzt gerichtet werden muß.

21. 12. Schiene ab. Fraktur fest.

24. 12. Entlassung, Arbeitsunfähig, zum Arzt.

45. Nöth Andreas, geb. 19. 5. 97, Rottmeister.

Eingel.: 29. 5. 29.

Vorderarmbruch li., Kompl. O.Schenkelbruch li., Kniegelenkverletzung, Schädelbruch, U.K.Bruch, Commotio.

Vorgeschichte: Am 29. 5. fuhr er mit dem Motorrad nach Hause, er stieß mit einem entgegenkommenden Motorrad zusammen. Kann über den Hergang nichts berichten, da er 2 Tage bewußtlos war. Schwere Verletzungen und Knochenbrüche.

Befund: Sehr guter E.Z. und A.Z. Blutiger Auswurf, schwerer Schädelbasisbruch. Lider sehr ödematös, Blutungen in die linke Conjunktiva. U.K. scheint auch gebrochen zu sein, da Zähne mit Alveole beweglich und zurückgesunken sind. Radiusbruch li. d. i. Mitte, Deformität und Crepitation. Kompliz. O.Schenkelbruch li. In der Mitte großer Bluterguß aus einer 2 Markstückgroßen Wunde heftige Blutung; Knochenmarkstückchen werden

ausgeschwemmt. Abnorme Beweglichkeit Crepitation. Knieverletzung links, Weichteile gequetscht, Kniegelenk eröffnet, Haut bis i. d. Mitte des U.Schenkels von der Unterlage abgehoben.

Behandlung: U.= wie O.=Arm reponiert, Gipsverband, Beckenverband.

Knieverletzung: Excision. Gelenk geschlossen und Drainage.

2. 6. Temp. fällt. A.Z. wesentlich gebessert.

6. 6. Fäden entfernt, Kniewunde heilt p. p.

13. 6. Gips abgenommen, da Fraktur schlecht steht; Drahtextension. Wunde am O.Schenkel heilt.

15. 6. Rö.A.: Immer noch Verkürzungen des Femurs. Stärkere Belastung.

19. 6. Befriedigender Stand der Fragmente.

25. 6. Gips am Arm abgenommen, Massage.

13. 7. O.Sch.Fraktur immer noch beweglich; U.Arm Bruch fest.

20. 7. Eigenblut 50 ccm am O.Schenkel.

26. 7. Drahtextension entfernt. Armmassage. O.Schenkel Heftpflaster Zugverband.

11. 8. Rö.A.: Reichlich Kallus, doch Fraktur immer noch nicht genügend konsolidiert.

20. 8. Beweglichkeit des Arms besser, li. Bein unverändert.

2. 9. Zugverband ab. Die noch bestehende abnorme seitliche Beweglichkeit scheint im Kniegelenk zu liegen. Massage, Heißluft, Bewegungsübungen am li. Bein.

12. 9. Gehversuch bei Bandagierung des li. Knies. U.K.Bruch ist fest verheilt; li. Arm leichte Verkrümmung,f est und beweglich. Med. mech. Behandlung am Knie wird fortgesetzt. Nur minimale Beugung möglich.

15. 10. Anscheinend inf. Heißluft aufgetretene Dermatitis am li. U.Sch. auf Borwasserumschläge wieder abgeklungen.

15. 11. Sehr gutes Allgemeinbefinden. Sonst Status quoante.

15. 12. Keine Aenderung.

15. 1. 30. Weiterhin med. mech. Behandlung. Gutes Allgemeinbefinden. Li. Kniegelenk fast völlig versteift, nur ganz geringe Beweglichkeit.

29. I. In ambul. med. mech. Behandlung nach Hause bezw. ins Revier entlassen. Wunden am Knie völlig verheilt.

Beweglichkeit am Knie nach wie vor nur in ganz geringem Grade möglich. Gehen nur mit 2 Stücken möglich und immer noch sehr erschwert. Schmerzen werden wenig geäußert, nur nach längerer Anstrengung. Etwas Schwellung am Bein vorhanden.

Leicht einseitige Deformation des U.K.

46. Jakobi Konrad, geb. 6. 9. 1885. Chauffeur.

Eingel.: 29. 4. 30.

Commotio, Beckenbruch, Verletzungen im Gesicht, Oberlippe, Zahnverlust. Verletzungen re. Oberarm, Sehnendurchtrennung re. zweiter Finger.

Vorgeschichte: Im Feld Stoß gegen die Kreuzgegend erhalten und davon zeitweise heftige (rheumatische?) Schmerzen an dieser Stelle.

Autounfall heute mittag gegen 12 Uhr. Durch Sanitätsauto ins Krankenhaus eingeliefert. Angeblich kurze Zeit bewußtlos. Nach seinen Angaben seit der Wagen ins Schleudern gekommen und bevor erd agegen steuern konnte, schon am Baum gewesen. Er sei im Führersitz eingezwängt gewesen, habe sich dann herausgleiten lassen, aber nicht mehr aufstehen können. So legte er sich an den Straßenrand. Klagen über Schmerzen in der Kreuzgegend an der linken Hüfte und Gesäß, auch im rechten Oberbauch und linken Lendengegend werden Schmerzen angegeben.

Befund: Kräftiger Mann in gutem E.Z., etwas unter Schockwirkung stehend. Keine Blutung aus Nase, Mund und Ohren. An der linken Wange, etwa 2 Querfinger links vom linken Mundwinkel und rechts etwas unterhalb des rechten Auges 2 cm lange Rißwunde mit unregelmäßigen Rändern, die bis auf den Knochen schräg nach oben in die Tiefe gehen. Oberlippe etwas geschwollen. Lippenroti n der Mitte durch einen senkrechten Riß gespalten, der bis an die Schleimhautumschlagsfalte reicht und sich hier in einem Loch fortsetzt, das von der Umschlagfalte senkrecht nach oben bis tief unter die Nase sich erstreckt.

Zahnfleisch des O.K. vorne zerrissen. Angeblich die noch vorhandenen Schneidezähne herausgeschlagen.

In der rechten Oberbauchgegend und linken Nierengegend leichte Abwehrspannung und Druckschmerz.

Lendenwirbel und Kreuzbein druckempfindlich. Linke Gesäß- und Hüftgegend und oberer Teil des linken Oberschenkels geschwollen und sehr druckschmerzhaft; linkes Bein einwärts rotiert, verkürzt, im Knie- und Hüftgelenk leicht gebeugt, Valgusstellung im Kniegelenk, sodaß eine suprakondyläre Fraktur vorgetäuscht wird; re. Unterschenkel des re. Oberarms, dicht oberhalb des Ellbogens, 3—.4 cm lange quere Rißwunde mit Taschenbildung. Strecksehne des r. Zeigefingers schräg durchtrennt.

Haut des Mittel- und Endgliedes am re. Zeigefinger an der Dorsalseite abgeschält. Zwei kleinere Schnittwunden am re. Mittelfinger.

Rö.A.: Schwerer Beckenbruch links, durch die Gelenkpfanne gehend, sodaß der vordere Beckenring nach einwärts gedrückt, der obere Rand der Gelenkpfanne abgesprengt und nach oben geschoben mit dem Oberschenkel, an dessen Kopf ebenfalls eine Absprengung vorhanden ist.

Am linken Knie ist keine krankhafte Veränderung am Knochen festzustellen. Keine Fraktur oder Infraktion.

Behandlung: Wundversorgung am l. A., Excision der Wunden, im Gesicht, am re. O.Arm, Zeigefinger, Einlegen von Jodoformgazestreifen in die tiefen Löcher, Gegenincision am re. O.Arm, Sehnennaht, Hautnähte, Stachelschiene am re. Zeigefinger in Ueberstreckung. Gummidrain in das Loch am O.Kiefer.

Anlegen eines Heftpflasterzugverbandes am li. Bein in Abduktion.

5. 5. Auftreten einer Schwellung an der Nase, Infiltration an der O.Lippe und am linken Nasenflügel, heiße Kataplasmen.

8.6. Schwellung zurückgegangen, dagegen Rötung an Nase und O.Lippe, Erysipel. Pat. wird isoliert. Nähte entfernt.

11.5. Erysipel verbreitet sich über das ganze Gesicht. Kurve.

14.5. Gesicht nicht mehr vom Erysipel befallen, aber noch der behaarte Kopf, Gesicht schilfert ab, Wunden im Gesicht reizlos p. p. geheilt. Wunde am O.Kiefer granuliert aus.

20.5. Während die Verletzungen am 2. Metakarpophalangealgelenk und die Strecksehnendurchtrennung an dieser Stelle p.p. geheilt ist, granuliert die Verletzung am re. Zeigefinger allmählich. Handbäder, Erysipel verschwunden.

1.6. Wohlbefinden, wenig Schmerzen in der linken Hüfte und Beckenseite.

10.6. Wunde am rechten Zeigefinger geschlossen, Massagebeginn, Heißluftbehandlung.

23.6. Abnahme des Heftpflasterverbandes, Massage und Lichtbogenbehandlung des li. Knies und li. Hüfte.

1.7. Pat. steht an Krücken auf. Relativ gute Bewegungsfähigkeit am li. Hüftgelenk.

10.7. Pat. geht an zwei Stöcken, Schmerzen hauptsächlich im li. Kniegelenk, weniger i.d.li. Hüfte.

16.7. Fortschritte im Gehen. Auf Wunsch heute entlassen in weitere ambulante med. mech. Behandlung nach Frankfurt. Arbeitsunfähig.

Entlassungsbefund: Bewegungsfreiheit der Fußgelenke normal. Kniegelenkbewegung (aktiv 90^0) spannendes Gefühl. Linkes Kniegelenk verdickt, li. Hüftgelenk hinter dem Trochanter major geschwollen und druckschmerzhaft. Beugung im Hüftgelenk 90^0; Spreizung des linken Beines 20^0. Rotationsbewegungen zu $^3/_5$ eingeschränkt; mäßiger Druckschmerz am inneren Kniegelenkspalt und Condylus femoris. Zeigefingernarbed ruckempfindlich, verschieblich; Grundgelenk in Takt, Mittelgelenk leichte Beugung und Verdickung, Beugung bis zu 45^0, im Endgelenk nur geringe Beweglichkeit möglich, an der re. Wange eineinhalb Querfinger unter dem rechten Auge eine 2 cm lange Narbe, li. 3 Querfinger links vom linken Mundwinkel 1,5 cm lange Narbe. Wunde am Oberkiefer gut verheilt.

Rö.A.: Heilung der Fraktur in relativ günstiger Stellung.

47. Schwesinger Joseph, geb. 17.6.86, Kaufmann.

Eingel.: 20.1.30.

Unterkiefer pseudarthrose (Kriegsverletzung), Magenbeschwerden, Obstipation.

Vorgeschichte: 1914 Verwundung am U.K. Bis 1916 im Lazarett, da sich zahlreiche Splitter abstießen. D.U. mit 25% entlassen. 1923 Abfindung; jetzige Beschwerden: Immer noch Beschwerden im U.K. Kann nichts beißen, undeutliche Sprache, pelziges Gefühl an den Weichteilen des U.K. bei kalter Witterung, sodaß Speichelabfluß eintritt. Verlust von 5 Zähnen im O.K. Seit etwa 1½ Jahren Magenbeschwerden. Kann seit der Verwundung

nur breiige Speisen genießen. Zwei Stunden nach den Mahlzeiten Drücken in der Magengegend. Verschwindet wenn er ½ Liter Milch zu sich nimmt. Seit zwei Jahren Obstipation; muß immer etwas nehmen, früher viel getrunken, jetzt nur manchmal größere Mengen Bier, 10—20 Zigaretten tägl. Ist er längere Zeit im Freien, könne er nicht mehr deutlich sprechen.

Befund: Sehr guter E.Z. und A.Z. Adipositas, kräftiger Körper- und Knochenbau, Schleimhäute gut durchblutet, Sprache etwas undeutlich. Der normale Kinnvorsprung fehlt. Am U.K.Rand eine im ganzen bogenförmig verlaufende Narbe, 13 cm lang, besonders links v. d. Mittellinie tief eingezogen und adhaerent, keine Druckempfindlichkeit. In der Mitte zwei kleinhöckerige Knochenenden zu tasten, die beiden U.K.Aeste, die in spitzem Winkel zueinander stehen. Sie sind mit Schleimhaut bekleidet, der linke etwas kürzer und steht ein wenig zum rechten verschoben, es läßt sich jeder gegen den anderen nach allen Seiten verschieben. Im U.K. links stehen 4, 6, 7, 8, im rechten 7, 8. Im Oberkiefer links 1, 2, 3, 5, 6, rechts 1, 2, 3, 5, 6, rechts 1, 2, 3, 6, 7. Artikulation sehr schlecht. Es artikulieren die inneren Kanten der drei unteren rechten Molaren mit den äußeren Kanten der beiden oberen. Hinterkopf 11 cm lange Narbe, quer nicht druckempfindlich, darunter kreuzförmige 2 × 2 cm.

Starke Adipositas, Epigastrium, in der Mitte etwas druckempfindlich. Leichte Senkfüße.

22. 1. Magendurchleuchtung, Füllung, Formen normal, bald einsetzende Peristaltik, gute konzentrische Abschnürung, am Pylorus wird der Druckschmerz lokalisiert, aber kein krankhafter Befund. Nach vier Stunden Magen völlig leer.

23. 1. Probefrühstück ergibt normale Werte.

24. 1. Erste Stuhlentleerung nach der Durchleuchtung. Kein Erbrechen, fast keine Beschwerden.

Operation der Pseudarthrose vorgeschlagen, kann sich aber noch nicht entschließen.

Arbeitsbeschränkung dürfte etwa 30% betragen.

25. 1. Nach Rücksprache mit Herrn Dr. Nördlinger arbeitsfähig entlassen.

48. Dieminger Georg, geb. 4. 5. 1900. Land- und forstw. Arbeiter.

Eingetr.: 20. 5. 31.

Unterkieferbruch rechts (Gelenkfortsatz), Speichenbruch links.

Vorgeschichte: Am 13. 5. von einer Tenne gestürzt, weiß den genauen Hergang nicht mehr. Nach dem Sturz konnte er sich sofort wieder selbst erheben, blutete am Kinn, konnte linke Hand nicht bewegen, die sofort anschwoll und hatte beim Oeffnen des Mundes das Gefühl als ob am Kiefergelenk etwas ein- und ausschnappe.

Vom Arzt U.K.Bruch und Gelenkbruch am linken Unterarm festgestellt. Unterarm geschient, jetzt zur Kieferbruch-Behandlung eingewiesen.

Befund: Guter E.Z. und A.Z., geringe Schwellung in der Gegend des rechten Kiefergelenkes, etwas unterhalb des Gelenkes am Gelenkfortsatz eine

kleine Diastase der Knochen zu fühlen, Crepitation. Mund kann gut geöffnet und geschlossen werden, Biß zeigt keine Anomalie, am Kinn pfennigstückgroßer schmierig belegter Hautdefekt. Linkes Handgelenk ödematös geschwollen. Handbewegung eingeschränkt.

Rö.A.: Feine von vorne oben nach hinten unten verlaufende Frakturlinie durch den Gelenkfortsatz des rechten U.K. T-förmige Fraktur der Radiusepiphyse, an der ulnaren Seite des Radius ein kleines Stück abgesprengt, Stellung gut.

Behandlung: Borsalbenverband der Kinnwunde. Handbrett, Heißluft und Bewegungsübungen, Schienung durch Zahnarzt, Unterkiefer an Oberkiefer fixiert.

Ernährung durch Röhrchen in Zahnlücke.

26. 5. Entfernung des Handbrettes, med. mech. Behandlung.

10. 6. Bewegung des Handgelenkes besser.

19. 6. Dorsal-polare Beugung im Handgelenk eingeschränkt, am Hinterrand des aufsteigenden Unterkieferastes vor dem Ohrläppchen kleine bohnengroße Vorwölbung (Kallus?)

Entlassung in zahnärztl. Behandlung. Arbeitsunfähig.

49. Gasteiger Karl, geb. 17. 4. 1910. Mechaniker.

Eingetr.: 29. 6. 31.

Unterkieferbruch, Armprellung.

Vorgeschichte: Stieß mit dem Motorrad von hinten auf ein bremsendes Lastauto, Pat. schlug mit r. Gesichtsseite und dem Unterarm gegen den Wagen. Nicht bewußtlos, konnte sofort wieder aufstehen und suchte einen Zahnarzt auf, da er starke Schmerzen im Bereich des rechten U.K. verspürte. Knacken bei Mundbewegung. Später Schwellung und Schmerzen im Bereiche des rechten Handrückens, des Handgelenkes und der Außenseite des Unterarms. Mittags ins Krankenhaus durch Sanitätsauto.

Befund: Guter E.Z. und A.Z. Kopf im Bereiche der rechten Schläfe druckschmerzhaft. Haematom des rechten Unterlides, hinter der lat. Hälfte der echten Hornhaut Bluterguß, geringer Exophthalmus. Am rechten Kieferwinkel Haematom, Druckschmerz. Man fühlt einen quer durch den U.K. verlaufenden Frakturspalt. Crepitation und abnorme Beweglichkeit, Kauen und Sprechen erschwert. Das distale untere Bruchstück ist nach hinten und unten gezogen, das obere etwas nach oben. Die untere Zahnreihe liegt um ½ cm hinter der oberen zurück.

Außenseite des Unterarm, Handgelenk und Handrücken schmerzhafte Schwellung. Druckschmerz besonders im Ber. des Handgelenks und Handrückens. Reflexe träge.

Behandlung: Feuchter Kieferverband (Facharzt benachrichtigt). Feuchter Verband des rechten Unterarms auf Schienen, Bettruhe, Veramon.

Rö.A.: Unterkieferwinkel Querfrakt. Diastase der Fragmente 1 cm.

3. 7. Unterarm feuchter Verband ohne Schiene, feuchter Kieferverband.

7. 7. Unterarmverband bleibt fort, da Schwellung geschwunden. Med. mech. Behandlung, keine Temp., steht auf. Bluterguß der rechten Hornhaut fast resorbiert. Ebenso das Haematom des rechten Unterlids. Haematom am rechten Kieferwinkel so weit geschwunden, daß der Verband fortgelassen werden kann.

Vom Facharzt Zahnschienen angefertigt. Mundspülungen.

26. 7. Angina, Temp. 38,2 Halswickel, Erb'sche Pulver, Bettruhe.

29. 7. Beschwerde- und fieberfrei, regelmäßige Kontrolle durch Zahnarzt, Mundspülung.

24. 8. Oberkieferschiene entfernt.

5. 9. In zahnärztl. Behandlung entlassen. Mund kann bis zu einem 2 cm breiten Spalt geöffnet werden.

50. M a t t Hans, geb. 13. 6. 1910. Hotelangestellter.

Eingel.: 17. 2. 31.

Kieferbruch und Schädelbruch (Basis).

Vorgeschichte: Heute Nacht von hinten einen Schlag auf den Kopf bekommen, sofort bewußtlos 2—3 Minuten, starke Kopfschmerzen, Nasenbluten.

Befund: Gibt geordnete Auskunft. Guter A.Z. und E.Z. Blutet etwas aus dem linken Ohr. Wange stark geschwollen, Druckschmerzen besonders Unter- und Oberkiefergegend. Größte Schmerzhaftigkeit am rechten U.K.-Winkel, geringer Druckschmerz am Nasenbein und linken Infraorbitalrand. Mundöffnung ziemlich gut.

Unterkiefer etwas nach rückwärts verschoben, geringes Haematom und Schwellung der Lider links. Zwischen Sklera und Conjunktiva ausgedehnte Blutsuff. Hauptsächlich links. Naseneingang Blutkrusten. Ohren frei.

Rö.A. Unterkieferbruch rechts vom U.K.Winkel schräg steil nach hinten oben, deutliche Spaltbildung.

Behandlung: Bettruhe, Eisbeutel, Pyramidon.

20. 2. Kopfschmerzen lassen nach, weiter Eisbeutel.

28. 2. In zahnärztl. Behandlung entlassen.

51. H u b e r Ludwig, geb. 19. 3. 1910, Hilfsarbeiter.

Eingetr.: 26. 9. 1930.

Unterkieferbrüche links und rechts.

Vorgeschichte: Bei einer Rauferei Boxhieb gegen das Kinn. Begab sich in ärztl. Behandlung, nicht bewußtlos, vom Arzt eingewiesen.

Befund: Bester E.Z. Mund zwei cm geöffnet, kann nicht geschlossen werden, U.K. etwas nach links verschoben, rechtes Nasenloch, Unterlippe Blutgerinsel, Mund kann 3—3½ cm geöffnet werden, Zahnreihe bis mit zweiter Molar des rechten U.K. schaut einwärts, der 3. einwärts um halbe Zahnbreite, dazwischen anscheinend Frakturlinie, Zahnfleisch dort blutig, starke Schwellung auf der rechten Kieferseite, besonders vor dem Angulus, abnorme Beweglichkeit nicht deutlich. Auf der linken U.K.Seite ebenfalls

Schwellung in der Gegend des Eckzahns, Verschiebung zwischen 3 und 4 li. u.

Behandlung: Feuchte Umschläge, Mundspülung.

Rö.A.: Unterkieferbruch zwischen 3 und 4 links, sowie zwischen 7 und 8 rechts, vielleicht noch Fraktur des re. aufsteigenden Astes. Schwellung geht zurück, kaum Beschwerden.

7. 10. Schienung der Kiefer. Fixieren mit Gummizügen.

8. 10. Nachspannen der Gummizüge.

9. 10. Arbeitsunfähig in zahnärztl. Behandlung entlassen.

52. Grützmacher Karl, geb. 26. 2. 94. Maschinenschlosser.

Eingetr.: 19. 6. 1930.

Prellung am rechten U.K. und Jochbein.

Vorgeschichte: Erhielt Schlag mit Gummiknüttel von rückwärts und stürzte zu Boden, einige Zeit bewußtlos, dann in Blutlache gelegen. Begibt sich ins Krankenhaus.

Befund: Guter E. und A.Z. Rechte Gesichtshälfte über dem Oberkiefer und am Jochbogen bis zum Orbitalrand zicml. geschwollen und druckempfindlich. Keine Crepitation. Der rechte obere Eckzahn gelockert und schmerzhaft. 1 und 2 rechts oben rausgeschlagen. Zahnfleisch zerrissen.

Behandlung: Eisbeutel, feuchter Verband, Pyramidon.

22. 6. Schwellung gestern zurückgegangen, heute wieder stärker. Mehr Schmerzen am re. O.K. Aus der Alveole des 2 re. oben etwas Eiter.

24. 6. Auf Kataplasmen Rückgang der Schwellung.

Rö.A.: Kein Anhaltspunkt für eine Fraktur.

26. 6. Fieberfrei, noch geringe Schwellung der rechten Gesichtsseite, geringer Druckschmerz, auf Wunsch arbeitsunfähig zum Zahnarzt entlassen.

53. Bucher Joseph, geb. 9. 2. 02. Maschinenarbeiter.

Eingetr.: 30. 5. 1930.

Commotio, Unterkieferbruch links vorne. Haematom an der rechten Stirne, rechten Augenlider, re. Auge, Verletzung am re. Ellenbogen.

Vorgeschichte: Motorradunfall an einer Kurve, 3 m in den Wald geschleudert, bewußtlos nach Hause gebracht, sei bis heute morgen bewußtlos gewesen. Erbrechen, Blutung aus Ohr und Mund nicht vorhanden gewesen.

Befund: Schmerzen am Hals und am Hinterkopf, kann Kopf nicht recht rühren. Unterlippe stark verschwollen, Schleimhaut schmutzig belegt.

Rö.A.: Verdacht auf Fraktur des dritten Halswirbels.

13. 12. Cystitis.

15. 12. Beschwerden am Hals haben nachgelassen, Leukozyten etwas vermehrt.

20. 12. Weitere Besserung. Geringe Schmerzen am Nacken bei extremen Bewegungen. Zeitweise Kopfschmerzen, sonst Wohlbefinden.

31. 12. Steht auf, arbeitsunfähig nach Hause entlassen.

Jetzige Vorgeschichte:

30. 5. Stieß mit einem aus der Seitenstraße kommenden Motorrad zusammen, wurde von seinem Motorrad geschleudert, einige Minuten bewußtlos, durch Sanitätsauto eingeliefert.

Befund: Guter E. und A.Z. Zahnfleisch am linken Caninus etwas blutig, Haematom über dem rechten Stirnhöcker mit kleiner Hautschürfung, rechte Augenlider stark geschwollen, Conjunktiva blutunterlaufen, starke Schwellung der re. Gesichtshälfte vom rechten Ohr bis zum Jochbogen und Unterkieferwinkel. Druckschmerz am U.K.Winkel und vor dem re. Ohr. Druckschmerzschwellung und Crepitation in der Gegend des linken unteren Eckzahns. Leichte Schwellung und Druckschmerz am re. Akromion und bei Bewegung des rechten Armes.

Am Ellenbogen 5 cm lange Wunde, Schwellung.

Behandlung: Wundversorgung in L.A. Excision der Wundränder. Gummidrain, Jodoformgazestreifen am Ellenbogen.

Verband T.A.T., Kramerschiene. Eisblase, Bettruhe.

Rö.A. Fraktur des U.K. links vorne, am rechten U.K.Winkel sowie am Gelenk und Proc. koronoid, kein Anhaltspunkt für eine Fraktur.

31. 5. Streifen an der Ellbogenwunde entfernt. Wunde sieht gut aus.

4. 6. Haematome gehen zurück, ebenso Schwellung der re. Wange und der linken U.K.Seite. Zahnarzt wird verständigt.

10. 6. Ellenbogenwunde verheilt. Zeitweise Kopfschmerzen.

14. 6. Unterkieferschienung.

19. 6. In zahnärztl. Behandlung, arbeitsunfähig entlassen.

54. Lubitz Ewald, geb. 19. 5. 1900. Monteur.

Eingetr.: 8. 4. 1931.

Unterkieferfraktur. Schwere Lippenverl. Oberschenkelbruch re.

Vorgeschichte: Am Bahnhof riß an einem Masten die Isolierung durch, Pat. stürzte 8 m tief ab, nicht bewußtlos, wurde vom Platz getragen. Notverband im Gesicht. Vom Arzt eingewiesen.

Befund: Kräftig, kann sich an den Vorfall genau erinnern. Blutet stark aus dem Munde. Unterlippe re. nach der Mitte zu große Lappenverletzung, Haut oberhalb des Kinns an zwei Stellen perforiert. Wunden reichen nach innen bis zur Umschlagsfalte der Schleimhaut am Unterkiefer. Die Mandibula ist zu beiden Seiten der vier Schneidezähne frakturiert. Das Fragment mit den vier Schneidezähnen sieht nach innen.

2 und 3 links oben abgebrochen.

Rechtes Bein 3 cm verkürzt, rechter Oberschenkel deformiert, bei Bewegungen Crepitation in der Mitte des O.Sch.

Rö.A.: Unterkieferfraktur. Querbruch des re. Oberschenkelknochens etwas oberhalb der Mitte. Ziemliche Verkürzung.

Behandlung: In L.A. Excision der Wundränder an der Unterlippe, Schleimhautnaht. 2 Jodoformgazestreifen in die beiden Perforationsstellen. Airolpasten-Verband, Schleuder, Extraktion von links oben 2 und 3, T.A.T.

Heftpflasterextensions-Verband in Abductionsstellung auf Braun'scher Schiene mit Gegenzug am linken Oberschenkel. Schenkelbruchbehandlung vom 10. 5. bis 7. 10. 31, als beschränkt arbeitsfähig entlassen.

18. 5. 31. Lippenverletzung völlig abgeheilt, Schienung durch Zahnarzt.

55. Grenzebach Joseph, geb. 26. 1. 98. Mechaniker.

Eingel.: 2. 3. 1933.

Narbenbeschwerden am linken O.K. nach Granatsplitterverl.

Vorgeschichte: 1916 im Felde Granatsplitterverl., Verlust der Sehkraft auf dem linken Auge. 1917 nach Heilung nochmalige Eiterung des Knochens, erhielt 40% Rente. Vor vier Jahren Schmerzen im linken O.K. im Bereich der Narbe, die sich nach Entfernung des 2 und 3 links oben besserten. Seit vier Wochen erneut Schmerzen im linken O.K.

Befund: Guter E.Z. An linker Nasenpartie bis zum linken Augenwinkel geradlinig verlaufende Narbe, mit dem Knochen verwachsen. Bei Palpation im margo infraorbitalis links eine Lücke zu tasten. Zwei Finger oberhalb des linken Mundwinkels springt Oberkieferknochen mit scharfer Kante unter die Haut vor. Diese Stelle liegt am seitlichen Rand der Narbe.

Letztere setzt sich vom linken Nasenflügelansatz durch die ganze Oberlippe bis zum seitlichen Mundwinkel fort.

2, 3, 5, 6, 7, 8 links oben fehlen. Der Oberkieferknochen tritt hinter dem ersten Prämolar buccal vom Alveolarfortsatz fast bis zu dessen Höhe herab.

Rö.A.: Mit Sicherheit keine path. Veränderungen zu erkennen.

Behandlung: 7. 3. In L.A. Excision der Narbe und Lösung der Haut vom Knochen. Abtragung von Knochenunebenheiten mit der Luer'schen Zange. Fettplastik. Naht.

9. 3. Geringe post. op. Temp. Prolaps der Oberlidschleimhaut li. Salbe.

12. 3. Steht auf. 14. 3. Fäden entfernt, primäre Heilung.

16. 3. Wegen Entzündung an einem Zahn in zahnärztl. Behandlung entlassen.

56. Drechsel Frieda, geb. 19. 9. 03. Weberin.

Eingetr.: 3. 7. 31.

Unterkieferfraktur.

Vorgeschichte: Fiel vor acht Tagen die Kellertreppe hinab. Da Drüsenschwellung i. d. Unterkiefergegend vom Zahnarzt ins Krankenhaus eingewiesen.

Befund: Guter E. und A.Z. Unterkiefer rechts neben dem Kinn frakturiert, Zahnreihen nach außen zurückgesetzt. Die rechten Zähne vom 2 ab gelockert. Zahnfleisch sugiliert, geschwollen. Schwellung im Mundboden, an der Lippe, Unterkieferdrüsen.

Behandlung: Mundspülen mit Kamillen und H_2 O_2, feuchte Umschläge.

Rö.A.: Längsfrakt. des U.K. re. Dislokation.

Mundboden-Infiltration zurückgegangen.

10. 7. In zahnärztl. Behandlung zur Schienung entlassen.

57. Meister Agnes, geb. 2. 11. 29, Laborantenkind.
Eingetr. 8. 10. 31. Unterkieferbruch.
Vorgeschichte: Rutschte auf Kellertreppe aus, fiel mit dem Kinn gegen einen Waschzuber, blutete aus dem Mund, untere Schneidezähne sahen nach vorne, wackelten stark.
Befund: Kind hält Mund offen, Schürfungen auf den Lippen. Berühren des Kiefers sehr schmerzhaft. Schneidezähne wackeln stark. Hinter der Zahnreihe Gingiva geplatzt.
Rö.A.: Hinter der Zahnreihe querverlaufende Frakt.-Linie.
10. 10. U.K. geschient, Zähne in ordentlicher Stellung befestigt.
12. 10. Keine Schmerzen, Schiene hält.
18. 10., 22. 10. Die Zähne festigen sich.
24. 10. In zahnärztl. Behandlung entlassen.

58. Maier Georg, geb. 13. 1. 1911. Revolverdreher.
Eingetr.: 23. 10. 32.
Commotio, Oberlippenverletzung, Oberkieferprellung.
Vorgeschichte: Durch Gabelbruch am Rad gestürzt. Erst im Krankenhaus zum Bewußtsein gekommen.
Befund: Ordentlicher A.Z. Leicht benommen, retrograde Amnesie, Gesicht mit Blut stark verschmiert, Nasenbluten nicht festzustellen. Oberlippe, Nase Wangenpartien stark geschwollen. In der Mitte zwei cm lange Lippenschleimhautwunde, 2 links oben ausgebrochen, 1 links oben locker und gedreht, Nasenrücken, rechte Wange Hautschürfungen, ebenso am Kinn und am linken Handrücken.
Rö.A.: Kein Anhalt für Fraktur.
Behandlung:
23. 10. Oper. Wundvers. In L.A. Excision und Naht der Lippenwunde. Der gelockerte Zahn wird in seine richtige Lage zurückgebracht. T.A.T. — Bettruhe.
24. 10. Retrograde Amnesie.
27. 10. Hautschürfungen abgeheilt.
31. 10. Temp. etwas erhöht, Kopfschmerzen und dumpfer Kopf.
4. 11. Temp. normal, Kopfschmerzen.
14. 11. Steht auf, keine Beschwerden.
17. 11. Lippenwunde verheilt, 1 links oben ist fest, auf Druck empfindlich. Arbeitsunfähig mit 3 Wochen Schonung entlassen.

59. Steigenberger Luise, geb 23. 8. 09. Dienstmädchen.
Eingel.: 14. 1. 32.
Oberkieferfraktur.
Vorgeschichte: Faustschlag ins Gesicht, linke Gesichtshälfte stark angeschwollen, vom Arzt Oberkieferbruch festgestellt und eingewiesen.
Befund: Guter A.Z. Linke untere Gesichtshälfte ziemlich geschwollen, Alveolarfortsatz in der Gegend des oberen Eckzahns und der Prämolaren links deutlich gelockert.

Rö.A.: Feine Frakturlinie hinter den Zähnen von 2 bis 4 verlaufend.

Behandlung: Nach Abschwellung durch feuchten Verband.

16. 1. Geschient durch Zahnarzt, Drehschiene an je einem Molar links und rechts befestigt.

19. 1. In zahnärztl. Behandlung entlassen.

60. Goller Frieda, geb. 19. 10. 08. Kassierin.

Eingetr.: 4. 6. 32.

Unterkieferfraktur, Handverletzung, Commotio.

Vorgeschichte: Sturz vom Rad nach Autozusammenstoß, Verletzung an Hand und Kopf, war bewußtlos, sofort eingeliefert. Befund: Genügender A.Z. leicht benommen, rechte Unterkieferseite Schwellung, 2 Prämolaren gelockert bezw. abgebrochen.

Rö.A.: Senkr. Frakturlinie durch die Alveole des ersten Molaren. An der Hand Schnittverletzung.

Behandlung: In L.A. Wundversorgung der Hand, Handbrett, Bettruhe, Mundspülung.

14. 6. Nach Abschwellung Schienung des Unter- und Oberkiefers durch Zahnarzt. Hand verheilt, Schmerzen an der re. Kopfseite, es findet sich in der Haut Glassplitter, der entfernt wird.

8. 7. In zahnärztl. Behandlung entlassen.

61. Wank Rosa, geb. 4. 2. 22, Fabrikarb.-Kind.

Eingel.: 16. 7. 32.

Gesichtslippenverletzung, Zahnfleischverletzung.

Vorgeschichte: Vom Rad gestürzt, in leichtem Schockzustand eingeliefert.

Befund: Linker Mundwinkel eingerissen, Uebergang von Zahnfleisch in Mundschleimhaut besteht nicht mehr, links bis zum Knochen abgehoben.

Behandlung: In L.A. Wundversorgung, Lippen- und Hautnaht. Kiefer durch Schleimhautnaht gedeckt. Am folgenden Tage starke ödematöse Schwellung der linken Gesichtshälfte. Entfernung der Zahnfleischnähte. Tamponade, Entleerung von übelriechendem Sekret.

25. 7. Sekretion hat erheblich nachgelassen. Lippenwunde verheilt.

30. 7. Wundhöhle am Oberkiefer völlig geschlossen.

3. 8. Entlassung bei bestem A.Z.

62. Marx Martin, geb. 20. 5. 1900. Hilfsarbeiter.

Eingetr.: 1. 1. 33.

Unterkieferbruch.

Vorgeschichte: Erhielt gestern einen Schlag gegen die rechte Wange, Blutung aus dem Mund. Gefühl als ob die Zähne los seien. Wegen Schmerzen im Kinn vom Arzt eingewiesen.

Befund: Guter E.Z., 3 cm lange Rißwunde vor dem rechten Ohrläppchen. Rechte Wange geschwollen, Druck auf das rechte U.K.Gelenk nicht auffallend schmerzhaft. Zwischen 1 und 2 rechts unten abnorme Beweglichkeit. In der Ruhelage keine Dislokation. Gingiva strichförmig gerötet.

Rö.A.: Bruch zwischen 1 und 2 rechts unten.

Auf eigene Verantwortung in amb. Behandlung zum Zahnarzt entlassen.

63. Heimer Joseph, geb. 4. 3. 1900, ehem. Reichsbahnbed.

Eingetr.: 10. 3. 33.

Abbruch des Alveolar-Fortsatzes des U.K. Haematom des linken Augenlides.

Vorgeschichte: Mehrere Faustschläge ins Gesicht. Blutung aus Mund und Nase, untere Schneidezähne locker, vom Arzt eingeliefert.

Befund: Guter E. und K.Z. Unterlippe und Zahnfleisch geschwollen, bläuliche Verfärbung am oberen linken Augenlid.

Rö.A.: Fraktur nicht zu erkennen.

Zahnarzt Dr. Fischer will noch eine Aufnahme machen.

Arbeitsunfähig in zahnärztl. Behandlung entlassen.

64. Raba Franziska, geb. 24. 1. 25. Rotgerberstochter.

Eingetr.: 26. 11. 34.

U.K.Fraktur re. mit Osteomyelitis und Sequestrierung.

Vorgeschichte: September 2. Molar re. und gefüllt, ein Monat später Schmerzen, letzter Molar extrahiert; darauf Anschwellung der re. Wange, Mundöffnung unmöglich, Extraktion des behandelten Zahns, keine Besserung, Fieber. Von Arzt Incision an der Außenseite des rechten Unterkiefers, reichlich Eiter.

Rö.A.: Fraktur des re. U.K.

Einweisung durch Zahnarzt.

Befund: Blaß, Tonsillen vergrößert, Pfröpfe. Untere rechte Gesichtshälfte stark geschwollen, besonders im Ber. der rechten vord. Unterkinn-Krümmung. Am unteren Rand des Kiefers erbsengroße, granulierende Hautwunde, durch die eine Sonde eingeführt werden konnte. Harter Widerstand. Aus dieser Fistel reichlich eitriges Sekret. Es fehlen die zwei rechten unteren Molaren äuß. Mandibularseite stärker infiltriert, aber nicht wesentlich druckempfindlich. An der Innenseite der rechten Mandibula schmale Einkerbung im Knochen fühlbar, keine Dislokation, ganz leicht abnorme Beweglichkeit in Höhe des ersten Molar.

Rö.A.: In Höhe des 6. schräg nach oben und hinten verlaufend eben angedeutete Frakt.-Linie. Diese Linie endet in der Alveole des ersten Molaren. Keine Dislokation tastbar. Beim Zahnschluß weicht die ganze rechte U.K.Hälfte nach der Seite und nach vorne ab.

29. 11. Schienung durch Zahnarzt, Besserung der Dislokation.

Rö.A.: Bruchenden stehen gut, in Höhe der Fistel kleiner unregelmäßiger Schatten, der wohl einem Sequester entspricht.

7. 12. 34. Operation, mit dem scharfen Löffel gelingt es, den etwa linsengroßen Sequester zu entfernen. Einlegen eines trockenen Streifens.

15. 12. Immer noch etwas Eiter.

24. 12., 27. 12. Verbandwechsel, immer noch Eiterung. Bei Sondierung in der Tiefe harte Resistenz, entsprechend etwa einer Zahnwurzel.

31. 12. Anscheinend Festigung der Fraktur.

4. 1. 35. Mundwinkel geschlossen, Fistel entleert immer noch Eiter.

10. 1. Bei Sondierung Eindruck von Beweglichkeit der in der Tiefe fühlbaren Resistenz ohne Mitbewegung des betreffenden Zahns. Anscheinend wiederum Sequester. Durch Rö.A. bestätigt.

15. 1. Erbsengroße Sequester entfernt, Tamponade.

21. 1. Entfernung des Streifens, Eiterausfluß.

24. 1. Wunde schließt sich gut, durch kleine Oeffnung noch ganz wenig Eiter. Vom Vater nach Hause genommen.

65. Oprchalova, Paula, geb. 28. 9. 04, Buchhaltersfrau.

Eingel.: 22. 11. 34.

Compliz. O. und U.K.Brüche, Schädelbasis-Frakt. Commotio.

Compliz. O.Schenkelbruch, li. Verblutung, bewußtlos eingeliefert, stürzte sich aus dem 4. Stock auf die Straße.

Befund: Puls kaum fühlbar, Atmung flach, Gesicht blutüberströmt, linke Gesichtshälfte hochgradig deformiert, Blutung aus dem Mund, am Kinn Quetschwunde, aus der ein Zahn fällt, am li. äußeren Augenwinkel Quetschwunde, deren Ränder sich beim Husten der Pat. aufblähen, linker Bulbus disloziert nach oben und außen. Betastung der Gesichtsknochen ergibt zahlreiche Frakturen. O.K. Beweglichkeit, Zähne locker; U.K. beiderseits mehrfach gebrochen, Zähne locker, zum Teil herausgeschlagen. Starke Blutung aus dem Mund; linker O.Schenkel oberhalb dem Kniegelenk gebrochen; aus großer Hautwunde ragt der zentrale Schaftstumpf.

Wundversorgung; Repositionsversuch des frakt. Knochens, Naht, Tamponade, Drainage, Excision der Gesichtswunden, Naht, nach der Operation rascher Exitus.

66. Hillenbrand Georg, geb 23. 4. 96. Bauhilfsarbeiter.

Eingetr.: 11. 10. 34.

Vorgeschichte: Krieg — Gasvergiftung.

7. 10. 34. Faustschlag gegen Unterkiefer, starke Schmerzen, starke Schwellung, konnte am nächsten Tag plötzlich nicht mehr beißen, Schmerzen stärker, vom Zahnarzt wegen doppelten U.K.Bruches eingel. Nicht erbrochen, nicht bewußtlos gewesen.

11. 10. Schienung durch Zahnarzt.

20. 10. In zahnärztl. Behandlung entlassen.

67. Heindl Georg, geb. 1. 12. 1914, Fabrikbes.-Sohn.

Eingetr.: 13. 9. 34.

Oberkieferbruch.

Am 25. 8. mit dem Motorrad gestürzt, mit leichter Commotio und Bruch des Gesichtsschädels, bis 6. 9. im Krankenhaus Türckheim.

Befund: Ordentlicher A.Z. Linke O.K.Seite anscheinend etwas zurücktretend, unterhalb der margo infraorbitalis stark vorspringende Knochenkante

zu fühlen, rechte O.K.Seite sehr wenig empfindlich, Zähne des U.- und O.-Kiefer rechts schadhaft. Am harten Gaumen gleichfalls Knochenkante fühlbar.

Rö.A.: Verschattung der rechten O.K.Höhle und Sprunglinie durch den O.K.

Bettruhe, O.K.Schienung durch Zahnarzt.

20. 9. Schwellung im Gesicht, sowie Haematom im rechten Auge zurückgebildet. Beschwerdefrei, vorstehende Knochenlinie unter dem Augenrand offenbar inf. Verschiebung des O.K.Knochens, keine Beschwerden beim Essen trotz Schienen.

25. 9. Nach Hause entlassen, beschwerdefrei, leichte Nervosität.

68. Sattich Wilh., geb. 24. 5. 97, Hilfsarbeiter.

Eingetr.: 2. 6. 34.

U.K.Bruch links.

Vorgeschichte: Im Krieg Gasvergiftung und Typhus. Gestern Faustschlag gegen li. Kinnseite erhalten. Schmerzen im U.K. Schlucken, Kauen unmöglich, pelziges Gefühl im Kinn.

Befund: Guter E. und K.Z. Temp. 38,6, Kieferwinkelgegend links vorspringend, bei Kieferbewegungen heftige Schmerzen in der li. Kieferwinkelgegend, Zahnreihen können nicht vollständig geschlossen und nicht weit geöffnet werden, starker Druckschmerz und Crepitation; links nur noch ein Molar vorhanden, vor demselben kleine blutende Schleimhautwunde; der Zahn gehört dem hinteren Fragment an, dagegen sitzt eine abgerissene Wurzel dieses Zahnes im vorderen Fragment, das hintere steht etwas höher. Lückengebiß.

Rö.A.: Schrägbruch unmittelbar vor dem U.K.Winkel, vord. Fragment wenig nach unten disloziert.

2. 6. Eisblase, Kinnschleuder.

4. 6. Schienung durch Dr. Fischer.

14. 6. Tägl. Atomiseurbehandlung, beschwerdefrei, mäßige Schwellung an der Bruchstelle.

21. 6. Arbeitsunfähig in zahnärztl. Behandlung entlassen.

69. Kraus Franz, 27 Jahre alt, Bahnarbeiter.

Eingel.: 25. 6. 34.

Mehrfacher U.K.Bruch, Commotio, offener Zertrümmerungsbruch des li. U.Schenkels, Radiusfrakt. links, Nasenbeinbruch.

Vorgeschichte: Fuhr mit dem Motorrad, weiß von einem Zusammenstoß nichts mehr. Wurde aufgefunden und eingeliefert.

Befund: Guter A. und K.Z. Blaß, bewußtlos, ab und zu verworrene Reden. Ueber dem li. Auge horiz. verlaufende Riß-Quetschwunde, knöcherne Nase nach rechts abgewichen, Crepitation, beide Augen Lid-Haematom, Konturen des Kinns nicht mehr physiol., Zähne lose, Radiusfrakt. links mit Einkeilung, am linken U.Schenkel 10 cm breite und 20 cm lange Wunde

mit gequetschten Rändern, mehrere Knochenfragmente liegen zu Tage. Röntgen-A.: Weitgehende Zertrümmerung der Tibia nebst Fibula-Frakt.

Rö.A.: Spitze des Nasenbeinschattens nach hinten geknickt, Stauchungsfrakt. des Radius loco classico. Torsionsbruch der Eibula in halber Höhe.

25.6. In L.A. Reinigung und Excision der U.Schenkel-Wunde, Entfernung von 2 ziemlich aus dem Zusammenhang mit dem Periost gerissenen Splittern, Reste der Tibia-Fragmente mittelst Stahlband vereinigt, Jodoformgaze, Gummidrain. Situations-Nähte gepolsterter Gipsverband; am linken Arm Gipslanzette mit starkem Zug, Stirnwunde exzidiert, Naht, Heftpflasterverb., T.A.T.

27.6. Im Gipsfenster medial am Tibia-Kopf knistern, Gasbrandserum.

29.6. Knistern geht zurück, Gasbrand klinisch nicht bestätigt.

7.7. Hohes Fieber, Gipsfenster erweitert, Spaltung der Haut, die bis zur Knöchelgegend auf dem Schienbein unterminiert ist, viel Eiter, hierauf suprakondiläre Amputation des linken Beines.

3.7. Fieber hält an, Eröffnung der Stumpfflächen, aus den Muskel-Septen Eiter, mehrere Längsincisionen.

4.7. Verbandwechsel zeigt kein weiteres Fortschreiten der Stumpfphlegmone.

5.7. Keine Aenderung.

6.7. Anhaltendes hohes Fieber, Nasenflügel atmen. Perkussorisch keine Dämpfung.

7.7. Exitus, Obduktion zeigt Pneumonie im rechten Unterlappen.

70. Felber Max, geb. 17.9.99, Hauptwachtmeister.

Eingel.: 20.5.34.

Commotio Schädelbruch U.K.Bruch links? Verletzung der rechten Ellenbeuge, Prellungen am linken Bein, Speichenbruch li.

Vorgeschichte: Von entgegenkommendem Auto gestreift, vom Rad geschleudert, fiel auf den Kühler des Autos und dann zu Boden. Kurz bewußtlos, durch Sanitätsauto eingeliefert.

Befund: Kann Angaben über den Unfall machen, Kopfschmerzen und Schmerzen am re. Ellenbogen, linker Augenwinkel kleine Wunde, die mit einer etwas unterhalb gelegenen zusammenhängt. Ueber dem Jochbogen und U.K.Gelenk druckschmerzhafte Schwellung. In der Gegend der kleinen Wunde am Orbitalrand Crepitation von abgesprengten Knochensplittern. In der rechten Ellenbeuge breitklaffende Weichteilwunde, Gelenk nicht eröffnet, linker U.Arm u. Handgelenk Hautschürfungen, Schwellung am Handgelenk, Druckschmerz, Magengrube Hautschürfung. Außenseite des li. Oberschenkels Druckschmerz u. bläuliche Verfärbung, ebenso in der linken Kniekehle und am unteren Drittel der Wade.

Rö.A.: Handgelenk-Querfrakt. am linken Radius Unterende. Seitlicher Rand der linken Orbita unscharf u. unterbrochen. In Gegend des linken Jochbeins und U.K.Gelenks vorspringende Knochenschatten. Am Hinterkopf bogig horizont. verlaufende u. u. als Fraktur zu denkende Linie.

Behandlung: In L.A. Wundversorgung, Einlegen von Streifen, Gummidrains, Naht, Gipsschiene, links Radiusschiene, Excision der Wunde am li. Augenwinkel, Tampon, Verb. d. T.A.T., Eisbeutel.

5. 6. Fäden entfernt, Wunde ordentlich, Gummidrains weggelassen, Schienen weggelassen, Bewegungsübung, Massage.

20. 6. Steht auf, med. mech. Behandlung, Schmerzen im li. Knie, Ober- u. U.Schenkel, wenig Kopfschmerzen.

Rö.A.: Nichts besonderes.

9. 7. Auf Wunsch nach Hause entlassen, amb. mech. Behandlung.

71. Mühldorfer Rupert, geb. 26. 10. 13. Hilfsarbeiter.

Eingetr.: 13. 12. 33.

Contusio mandibulare et ossis hyoidei.

Vorgeschichte: Vorgestern mehrere Faustschläge aufs Kinn. Wurde ihm schwarz vor den Augen, seitdem beim Beißen stechende Schmerzen in der Kinngegend und am rechten aufsteigenden Ast. Damals Blutung aus Nase und Mund.

Befund: Bei Bewegung im Kiefergelenk Schmerzen am re. aufsteigenden Ast, keine Biß-Störung, Zähne fest, nicht klopfempfindlich. Stauchungsschmerz u. lokaler Druckschmerz in Gegend des Proc. coronoideus rechts, keine Dislokation und abnorme Beweglichkeit u. Crepitation, keine Schwellung, Oberlippe leicht geschwollen, Druckschmerz, Mundschleimhaut an dieser Stelle leicht blutunterlaufen, geringer Druckschmerz in der Submentalgegend.

Rö.A.: Kein Anhalt für eine Fraktur der re. Unterkieferhälfte. Zahnarzt Dr. Fischer vorgestellt: Keine U.K.Fraktur.

21. 12. Arbeitsfähig entlassen.

72. Bärtle Gebhard, geb. 12. 3. 97, Maschinist.

Eingel.: 17. 11. 33.

Commotio, Platzwunde Oberlippe, Fraktur am Alveolarfortsatz des O.K.

Vorgeschichte: Heute abend vom Rad gestürzt, bewußtlos aufgefunden u. eingeliefert, kann den Hergang nicht schildern. Bemerkte, daß die Zähne im O.K. nicht richtig standen. Schmerzen beim Biß, Blutung aus dem Munde.

Befund: Guter E. u. K.Z., Unterlid Haematom links, Blutung aus der Nase, Druck- u. Klopfschmerz über dem linken Oberkiefer, Oberlippe geschwollen, Schleimhautriß, 1, 2 li. oben stehen einige Millimeter tiefer als die anderen, druck- und klopfschmerzhaft, Biß-Störung.

Rö.A.: sagittal an der Außenseite der Schädelbasis auf Fraktur verdächtige Spaltbildung, am O.K. keine Fraktur zu erkennen. Seitlich kurze horizontale linienförmige Aufhellung, die sich mit dem hinteren Rand der Auricula senkrecht schneidet und der Aufhellung im sagittalen Bild entspren könnte.

17. 11. Wundversorgung (Dr. Fischer) i. L.A.

19. 11. Schienung.

25. 11. Auf eigene Verantwortung mit Sanitätsauto entlassen.

73. Spindler Georg, geb. 14. 7. 84. Steinmetz.

Eingel.: 4. 9. 33.

Doppelseitiger U.K.Bruch.

Vorgeschichte: Am 2. 9. heftiger Schlag ins Gesicht, fiel bewußtlos um, kein Erbrechen, als er zu sich kam, heftige Schmerzen, linke Gesichtshälfte u. Hals seien angeschwollen gewesen. Schließlich konnte er den Mund kaum mehr öffnen. Kann nichts essen. Vom Arzt eingewiesen.

Befund: Kann nur schwer verständlich sprechen, an linker Wange Hautexkoriation, ganze untere Gesichtshälfte verschwollen und druckschmerzhaft, Mundöffnung nur teilweise möglich, stark schmerzhaft. Unterkiefer, knapp vor dem li. U.K.Winkel sowie zwischen 2 und 3 gebrochen, hier Zahnfleisch mit Schleimhaut tief eingerissen, Alveole liegt frei, mittl. Fragment nach unten und links dislociert. Das rechte Fragment nach innen und hinten gezogen, auch leicht nach oben. Zähne sind keine ausgebrochen.

Rö.A.: Bruchlinien wie oben beschrieben. Keine Luxation festzustellen.

Behandlung: Feuchter Verband, Kinnschleuder, flüssige Kost.

5. 9. Zahnschiene an Ober- u. Unterkiefer, Gummizüge, Mundspülung.

8. 9. Starke Schmerzen, Gummizüge über Nacht abgebrochen, Fragmente haben sich wieder verschoben und teilweise verhackt.

11. 9. Fragmente richtiggestellt (Dr. Fischer), täglich Mundspülungen, flüssige Kost.

13. 9. keine Schmerzen.

20. 9. Fragmente stehen gut, tägl. Spülungen.

30. 9. Zahnschiene hält gut, keine Schmerzen, auf Wunsch arbeitsunfähig entlassen.

Zusammenstellung.

Die häufigste Ursache aller von 1922 bis 1934 aufgetretenen 77 Fälle von Kieferverletzungen war der Verkehrsunfall, dann folgen die Schlägereien, diesen die Betriebsunfälle, sowie Stürze von Treppen, Leitern, aus Fenstern usw. Zwei Hufschlagverletzungen werden beschrieben und nur eine Spontanfraktur als Folge einer Unterkiefer-Osteomyelitis.

Ursache:	Anzahl:
Verkehrsunfälle	26
Schlägerei, Faustschlag	15
Betriebsunfälle	9
Hufschlag	2
Spontanfraktur	1
Stürze u. sonstige	20

Bei etwa 80% der beschriebenen Kieferverletzungen lagen Frakturen vor und zwar mehr als doppelt soviel Unterkiefer- als Oberkiefer-Frakturen. Die Unterkieferfrakturen waren in mehr als zwei Drittel

der Fälle kompliziert, während von 17 Oberkieferfrakturen 15 kompliziert waren.

Was den Sitz der Frakturen betrifft, so fällt bei den Unterkieferfrakturen die Häufigkeit des Bruches in der Mittellinie auf. Doppelter Unterkieferbruch war in 10 Fällen vorhanden.

Sitz der Unterkieferfraktur:	Häufigkeit:
Mitte	10
Eckzahnlinie	9
Prämolarengegend	5
Molarengegend	7
Angulus	13
Aufsteigender Ast	3
Proc. coronoideus	1 ?
„ condyloideus	1
Unbestimmt	2

Bei den Doppelbrüchen handelte es sich entweder um die Aussprengung eines frontalen Mittelstückes oder um einen Bruch in der Eckzahn- bezw. Prämolarengegend und gleichzeitig am Angulus mandibulae.

Unter den 73 Kieferverletzten waren 65 männliche und 8 weibliche. Die weitaus meisten Patienten waren im Alter von 15—35 Jahren, unter diesen wiederum waren die meisten 20—25 Jahre alt.

Alter:	Anzahl:	Alter:	Anzahl:
1—20 Jahre	3	36—40 Jahre	6
11—15 „	2	41—50 „	3
16—15 „	8	50—60 „	1
21—25 „	24	60—70 „	2
26—30 „	11	70—80 „	—
31—35 „	13	80—90 „	1

Die meisten der Patienten waren 1—3 Wochen in stationärer Behandlung; bei den Fällen mit einer stationären Behandlungsdauer von einem bis mehreren Monaten handelte es sich in der Hauptsache um anderweitige schwere Verletzungen.

Dauer der stationären Behandlung:	Anzahl:
1—10 Tage	29
10—20 „	20
20—30 „	5
1—2 Monate	9
2—3 „	5
3—4 „	2
über 4 Monate	2

16 Patienten wurden als arbeitsunfähig entlassen; 2 mit 14 Tagen, 1 mit 3 und 1 mit 4 Wochen Schonung. in 6 Fällen ärztliche Gutachten ausgestellt, sie lauteten:

in 1 Fall	90%	Erwerbsunfähigkeit
„ 1 „	60%	„
„ 1 „	50%	„
„ 2 Fällen	40%	„
„ 1 Fall	30%	„

Der Heilverlauf war in den allermeisten Fällen ungestört, sehr auffallend war die äußerst seltene Bildung von Sequestern. Im Anschluß an schwere Gesichtsverletzungen trat in zwei Fällen ein Erysipel auf, das aber jedesmal verhältnismäßig rasch wieder zum Abklingen gebracht werden konnte.

Ungestörter Heilverlauf:	in 51	Fällen
Eiterung	„ 10	„
Sequester	„ 1	„
Angina	„ 4	„
Stomatitis	„ 1	„
Erysipel	„ 2	„
Magenbeschwerden	„ 1	„
Narbenbeschw. n. Kriegsverl.	„ 1	„
Exitus letalis	„ 2	„

Die beiden Todesfälle waren auf schwere, anderweitige Verletzungen zurückzuführen.

Zum Schlusse sei ganz allgemein gesagt, daß der Behandlungserfolg bei den Kieferfrakturen ein um so sicherer und rascherer ist, je früher geschient wird. Das trifft besonders auch bei den komplizierten Brüchen zu. Die Gefahr der Sekundärinfektion, die gerade in der Mundhöhle sehr groß ist, muß herabgemindert werden durch Schaffung möglichst günstiger Wundheilungsbedingungen. Dazu ist vor allem wichtig, baldmöglichste Behebung der Dislokation und die Ruhigstellung der Fragmente und sei es nur durch einen Sauer'schen Notverband. Besonderes Augenmerk ist auch den im Bruchspalt stehenden oder diesem benachbarten Zähnen oder Zahnwurzeln zu schenken, die entweder das richtige Aneinanderlegen der Bruchenden verhindern oder nach absterbender Pulpa schwere Entzündungserscheinungen im Knochen und in den Weichteilen hervorrufen. Ihre rechtzeitige Entfernung ist also für einen günstigen Heilverlauf unbedingt notwendig.

Zu diesen allgemeinen Ausführungen über Klinik und Behandlung der Kieferbrüche muß in jetziger Zeit auch ein Hinweis auf ihre unfallrechtliche Bedeutung gegeben werden. Wenn sich auch in unserem Beobachtungsgut verhältnismäßig wenig Verletzte finden, deren Unfall entschädigungspflichtig ist, so zeigt doch auch diese geringe Zahl die Wichtigkeit dieser Frage. Gerade unter diesem Gesichtspunkt müssen nämlich die letzten Ausführungen besonders hervorgehoben werden, daß nur rechtzeitige wie fachgemäße Behandlung die Verletzten vor größeren Unfallfolgen schützt und damit die Allgemeinheit vor übermäßiger Belastung bewahrt.

Schriftennachweis.

Schmuziger, Die Kieferfrakturen der SUVAL aus den Jhr. 1923—26. Ihre Heilungsdauer, Erwerbseinbuße und Invalidität. Schweiz. Monats-Schr. f. Zahnheilkunde, Bd. 39, Seite 234.

Reichenbach, Münch. med. Wochenschrift 1929 S. 530.

Brenner, D. Vierteljhr.schr. f. Zahnheilk. IV 3/4 140.

Egger, Bruns. Beiträge 77, 294.

Rüedi, Schweiz. Monatsschr. f. Zahnheilk. 38 11/12. 1928 (Liter).

Kaufmann, Handbuch der Unfall-Medizin, Euke-Stuttgart 1919.

Horn, Prakt. Unfall- u. Inval. Begutachtung, 2. Auflage, Jul. Springer Berlin, 1922.

Lebenslauf.

Ich bin als einziger Sohn meines Vaters Richard Sauter, Apothekenpächter, und meiner Mutter Olga, geb. Waltenberger am 5. Juli 1912 zu Augsburg geboren und evangelisch getauft. 1918 bis 1922 besuchte ich in Augsburg die Volksschule und kam dann in das humanistische Gymnasium zu St. Anna drei Jahre lang. Dann trat ich in das Realgymnasium über; die vierte bis sechste Klasse besuchte ich in der höheren Lehranstalt Korntal bei Stuttgart, die siebente bis neunte Klasse im Realgymnasium zu Augsburg, wo ich im März 1931 das Absolutorium bestand. Nach einem Studium von 8 Semestern Zahnheilkunde bestand ich im Mai 1935 das Staatsexamen mit der Note „Sehr gut".

München, 26. Juni 1935.

Helmut Sauter.